Tome I. — N° 4 Avril 1959

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

CRISES D'EPILEPSIE ET ETATS COMATEUX D'ORIGINE HYPOGLYCEMIQUE AU COURS D'UNE INFLAMMATION CHRONIQUE DU PANCREAS

PAR

Marek JAROSZ

L'hypoglycémie peut être provoquée par différents facteurs. Elle est causée le plus souvent par l'hyperinsulinémie résultant tant de l'application de l'insuline que de l'hyperfonction des îlots de Langerhans. En dehors des causes pancréatiques, les facteurs suivants jouent dans ces cas un rôle prépondérant (19, 30, 36, 43, 44, 62) : maladies des glandes surrénales (maladie d'Addison), de la thyroïde (myxœdème), perturbations dans le système encéphalo-pituitaire (maladie de Cushing, nanosomia pituitaria), les maladies du foie, surtout celles à vastes lésions parenchymateuses, une absorption extra-rapide des hydrates de carbone (par exemple après une résection étendue de l'estomac), avec hypoglycémie consécutive, un épuisant travail physique de longue durée, une diète pauvre en hydrates de carbone, etc...

L'hyperfonction des îlots de Langerhans qui cause l'hypogly-

cémie, ainsi que de nombreux symptômes cliniques caractéristiques ont été décrits pour la première fois par S. Harris en 1923. La prolifération des cellules béta de ces îlots mène à l'état décrit par Harris. Cette prolifération est causée le plus souvent par un adénome bénin ou, plus rarement, par un cancer. De plus — comme l'a remarqué Harris déjà en 1923 — une hyperfonction des îlots, au cours d'une inflammation du pancréas, peut également causer une sécrétion excessive d'insuline (19, 25, 43). Parmi les auteurs polonais, J. W. Grott (19), en 1941, en se basant sur sa propre méthode de l'examen du pancréas (17, 18, 20, 21, 24), a le premier décrit en détail 42 cas d'inflammation chronique du pancréas, accompagnée d'hyperfonction des îlots de Langerhans. La cause la plus fréquente de l'apparition des symptômes cliniques, connus sous le nom de syndrome d'hypoglycémie [A. Landau, Mme T. Hercenberg (1933) (30)], est justement cette hyperfonction des îlots de Langerhans, à côté du taux accru d'insuline dans le sang, conséquence de l'action de celle-ci. Une sensation de fatigue, de faim, de fréquents maux de tête, une transpiration abondante, des battements et palpitations du cœur, une inquiétude, un tremblement des extrémités, passant souvent à un état d'extrême excitation, le contact rendu difficile ou manque de contact avec le malade, convulsions, éclipses de la conscience, jusqu'à la perte totale de celle-ci dans un état comateux, tels sont les symptômes principaux du syndrome d'hypoglycémie.

Il y a lieu d'insister sur le fait que : *a*) même une application considérable d'insuline peut ne pas causer de symptômes cliniques d'hypoglycémie, ce qui est démontré par l'expérience quotidienne des cliniques psychiatriques au cours des cures de Sakel (*) ; d'autre part : *b*) les symptômes d'hypoglycémie peuvent être causés par des facteurs extra-pancréatiques énumérés ci-dessus, et enfin : *c*) le syndrome hypoglycémique apparaît parfois quand le taux du sucre dans le sang est très légèrement abaissé, et, d'autre part, peut manquer entièrement dans des cas où ce taux y est sensiblement au-dessous de la norme. L'état comateux, par exemple, peut se produire quand le taux du sucre est d'environ 70 mg. % [J. Wegierko (57), M. Müller (41)], tandis que dans d'autres cas une considérable hypoglycémie (au-dessous de 30 mg. %) n'est accompagnée que d'insignifiants

(*) M. Müller (1952) rapporte un cas où 8 unités d'insuline ont provoqué un coma profond, et un autre cas où on n'a pas remarqué de symptômes d'hypoglycémie même légers après l'administration de 500 unités d'insuline.

symptômes [M. Müller (41)]. A cet égard, l'évaluation de certaines perturbations du métabolisme carbo-hydraté et des symptômes cliniques consécutifs, ainsi que la détermination du taux du sucre dans le sang, exigent une attention toute particulière.

Crises convulsives au cours des états hypoglycémiques

Pendant un abaissement du taux du sucre dans le sang apparaissent, dans certains cas, des crises convulsives (parfois sous forme de crises épileptiques typiques généralisées). Ces crises sont observées plus souvent lorsque l'hypoglycémie est plus accusée.

W. Thalheimer et P. Murphy (1928) (55) ont observé, au cours d'un cancer du pancréas, des crises épileptiques quand le niveau du sucre dans le sang était de 33 mg. %. Mc Clenahan et W. Norris (1929) (37) ont rapporté, dans un cas d'adénome du pancréas, l'apparition du petit mal, le taux du sucre dans le sang étant de 40 mg. %.

J. Wilder (1930) (58), en décrivant les symptômes qui accompagnent l'hypoglycémie, rapporte, en plus des symptômes végétatifs, un « groupe de perturbations des centres nerveux », parmi lesquelles il range les crises convulsives. Le troisième groupe de Wilder comprend, entre autres, « les états épileptoïdes agressifs » ; Reinwein (1931) (48) distingue, en suivant Oppenheimer, Umber et Ravide, trois syndromes d'hypoglycémie : psychotique, épileptique et apoplectique. Le « syndrome épileptique » est composé d'états d'obnubilation et de crises convulsives généralisées.

Harris (1933) (25) est d'avis que les crises d'épilepsie dans des états spontanés d'hypoglycémie apparaissent principalement dans des cas d'affections organiques du pancréas (cancer, adénome ; généralement, elles sont rares. S. Harris, R. Grinker et P. Bucy (1949) (14) indiquent, au contraire, une apparition fréquente de crises épileptiques, tant comme conséquence d'une trop forte dose d'insuline, que dans des cas d'adénome des îlots de Langerhans.

D. Aleksandrow et ses collaborateurs (1) ont décrit récemment (1955) un cas d'adénome bénin du pancréas, accompagné de fréquents états comateux et de crises convulsives, qui au début ont mené au diagnostic erroné d'épilepsie.

Les symptômes neurologiques, et notamment les perturbations motrices apparaissant dans des états d'hypoglycémie, ont été décrits en détail par A. Opalski (42) dès 1938. Dans cette étude

classique, l'auteur a distingué, comme on le sait, six phases d'hypoglycémie, différenciées par des symptômes neurologiques. Les crises d'épilepsie apparaissent le plus souvent dans la III[e] et IV[e] phase (la phase de convulsions cloniques et de myoclonies rapides, et la phase de tension tonique en flexion).

K. Wilson (1935) (59) et E. Bridge (1949) (6) signalent que les crises d'épilepsie accompagnant l'hypoglycémie sont beaucoup plus rares qu'on ne le croit. Bridge insiste sur ce fait également et rapporte que, pendant 16 ans, on n'a observé dans un grand centre spécial (Johns Hopkins Epilepsy Clinic) que dix malades chez lesquels les crises d'épilepsie ont pu être attribuées à une hypoglycémie.

Comme il résulte de la bibliographie ci-dessus, les crises d'épilepsie, qui indubitablement apparaissent dans des états hypoglycémiques, sont, quant à leur fréquence, appréciées de manière différente par différents auteurs.

En ce qui concerne l'apparition des crises convulsives consécutives à un taux abaissé du sucre dans le sang, on est généralement d'avis que l'hypoglycémie ne joue pas un rôle décisif et n'est qu'un des facteurs qui déterminent la crise [E. Müller et W. Peterson (1926) ; Miller et Treschner (1927), d'après Wilson ; Sjögren et Tillgren (1927), d'après Wilson ; J. Wilder (1930) ; K. Wilson (1935) ; E. Bridge (1949)]. Le mécanisme déterminant ces crises convulsives dans les états d'hypoglycémie est d'ailleurs encore inconnu. Entre autres, le problème reste non résolu, si les convulsions sont une conséquence des perturbations circulatoires, surtout dans des états d'hypoglycémie grave, ou si, au contraire, les modifications vasculaires constatées à l'autopsie ne sont qu'une conséquence des crises [K. Spett (50)]. Ce problème est intimement lié à la question importante de la formation de foyers épileptogènes comme conséquence de profonds états d'hypoglycémie, surtout s'ils se reproduisent souvent. Ceci se rapporte principalement aux états comateux. F. Wohlwill (1928) (60) et D. Grayzel (1934) (13) sont d'avis qu'une hypoglycémie élevée peut causer une lésion irréversible des cellules nerveuses encéphaliques. K. Terplan (1937) (54) et E. Bridge (1949) (6) partagent cet avis. Bridge a observé six enfants traités pour diabète depuis quelques années. Il y a eu de nombreuses crises convulsives à la suite de l'administration de trop fortes doses d'insuline. Après plusieurs années, ces enfants furent atteints d'une « épilepsie typique avec perturbations psychiques ».

B. Jochweds (1949) (28) et Mme H. Lisiecka-Adamska (1954)

(31) ont observé la présence d'extravasations dans le muscle cardiaque chez des malades morts après application d'insuline.

Le problème mentionné ci-dessus de la formation d'altérations focales, comme suite d'une hypoglycémie grave, indique qu'il est indispensable d'étudier à fond la question de la liaison des crises convulsives avec les états hypoglycémiques. Il faut en particulier considérer la possibilité de la coexistence de l'épilepsie (par exemple post-traumatique) avec des maladies pendant lesquelles nous observons des chutes considérables du taux du sucre dans le sang.

Après la description d'un de nos cas d'épilepsie et d'état comateux avec hypoglycémie au cours d'une inflammation chronique du pancréas, nous examinerons plus en détail ce problème, ainsi que la possibilité que les altérations mésencéphaliques soient la cause d'hypoglycémie et, indépendamment de celle-ci, de crises épileptiques. Nous n'avons pas trouvé, ni dans la bibliographie polonaise, ni étrangère en notre possession, de cas similaire, que nous considérons comme un cas d'épilepsie réflexe avec foyer épileptogène dans l'encéphale de provenance post-traumatique probable, et à foyer « périphérique » sous forme d'hyperfonction des cellules des îlots de Langerhans, ce qui produit une élévation considérable du taux de l'insuline dans le sang.

Observation. — Le malade St... M..., âgé de 17 ans, ouvrier agricole, admis à la Clinique le 19 février 1958.

Etat au moment de l'admission. — Ce malade est sans connaissance ; peau pâle, couverte de sueur froide ; pouls, 56/min. à faible tension ; pression artérielle, 85-45 ; pupilles moyennes, réagissant lentement à la lumière ; réflexes vifs des tendons et du périoste ; taux du sucre dans le sang, 44 mg. %. Après une injection intraveineuse de glucose, après quelques minutes, le malade a recouvré la conscience et a bu, sans aide, du thé sucré. Après dix minutes, il a été facile d'entrer en contact verbal avec lui.

Anamnèse. — Accouchement normal. Le garçon s'est développé normalement, il n'a pas eu d'accès de larmes. Depuis l'âge de 2 ans il n'urinait plus dans son lit. Maladies antérieures : rougeole, bronchite à deux reprises, au cours des trois dernières années, grippe à plusieurs reprises. Dans sa dixième année, il a été frappé à la tête avec une brique, il n'a pas perdu connaissance, mais des maux de tête se sont maintenus pendant plusieurs jours. Jusqu'à présent, il n'a jamais eu de crises convulsives. Il ne fume pas et ne boit pas d'alcool. Personne dans sa famille n'a souffert de maladies du système nerveux ni de maladies métaboliques, en particulier il n'y a pas eu de cas d'épilepsie ni de diabète.

Depuis un an à peu près, le malade a observé qu'il transpirait abondamment, surtout après un effort physique. Il devait interrompre le travail en cours et se reposer pendant plusieurs minutes. Il y a trois mois — selon ses dires — il a eu la grippe. La tête lui faisait mal, il avait des frissons et il était courbaturé. Il a pris de l'aspirine et s'est levé après quatre jours. Après dix jours est survenue la première « attaque ». Ce jour-là, le malade n'a pris au petit déjeuner que du café. Il travaillait alors à recouvrir des pommes de terre et il était plus fatigué que de coutume. Il n'a pas mangé le second déjeuner, qu'il avait oublié de prendre avec lui. Lorsqu'il est rentré chez lui, il était tout en sueur, ne répondait pas aux questions, regardait fixement devant lui, ne s'occupait pas des recommandations qu'on lui faisait. On lui a servi son dîner qu'il a mangé sans aide ; immédiatement après il s'est senti beaucoup mieux. Le malade ne se souvient pas de cet épisode. Le lendemain, le malade ne s'est pas réveillé à l'heure habituelle. Il était fortement en sueur, avait les yeux ouverts et ne réagissait pas aux questions. Après quelques minutes, il a eu des convulsions des extrémités supérieures et inférieures qui ont duré environ dix minutes. Par moment le malade s'élançait, criait, appelait sa mère. On l'a maintenu à grand-peine sur son lit. Cet état s'est calmé spontanément après une heure environ, après quoi il a insisté pour qu'on lui donne à manger, en se plaignant qu'il avait faim et soif.

Jusqu'à son arrivée à la Clinique, de pareils états se sont reproduits six fois et ont duré de une à trois heures : ils avaient toujours lieu le matin à jeun. Une fois, pendant « l'attaque », les convulsions furent violentes et durèrent peu de temps. Après plusieurs minutes, le malade reprit connaissance. Il s'était légèrement mordu la langue. L'état dans lequel le malade est arrivé à la Clinique durait depuis quatre heures et a été interrompu, comme nous l'avons mentionné plus haut, par une injection intraveineuse d'une solution de glucose. Le malade n'a jamais excrété ni uriné sous lui.

Examen général. — Poids : 64 kg. Taille : 165 cm. Pouls : 70/min. Tension artérielle : 115-75, 120-85. Le malade a des selles deux à trois fois par jour, de consistance molle. A l'examen objectif, on a constaté les déviations suivantes : changements trophiques dans la région pancréatique, symptôme positif du pli de Grott (18).

Examen neurologique et psychiatrique. — Les pupilles rondes, égales, réagissent normalement à la lumière. Réflexes des tendons et du périoste égaux, médiocrement vifs. Comme déviation de la norme, on a constaté des secousses isolées des globes oculaires des deux côtés, en regardant de côté. Pli droit labio-nasal un peu moins profond, la commissure gauche des lèvres insensiblement abaissée ; réflexes d'Achille polykinétiques. Fond d'œil et champ de vision normaux.

On n'a constaté aucun symptôme psychopathologique. La somme de

connaissances et la capacité de raisonnement sont conformes à l'âge et à l'instruction du malade.

Observation clinique. — Deux fois, pendant la première quinzaine du séjour à la Clinique, on a constaté, dans la matinée, qu'il transpirait abondamment, ne répondait pas aux questions posées à haute voix, ne se réveillait pas. Après plusieurs minutes, des mouvements cloniques nets des extrémités et des spasmes des muscles de la face apparaissaient. Après application de plusieurs ml. d'une solution à 40 % de glucose, le malade reprenait pleinement connaissance.

Chaque fois que le malade était à jeun pendant un temps un peu prolongé, ainsi que souvent dans l'après-midi, il transpirait abondamment. Il se plaignait alors de faiblesse et quelquefois de maux de tête. Ces troubles passaient rapidement après un repas.

A la fin de la deuxième semaine, à 6 heures du matin, le malade a eu une attaque de convulsions, avec perte de connaissance. Soudain sont apparues de fortes convulsions des extrémités et de la tête, qui ont duré quelques minutes. Le malade était en sueur, et immédiatement après cette attaque est apparue une forte excitation motrice et verbale. Il s'efforçait de courir dans la salle, de sauter sur les lits, criait en prononçant des mots sans suite. On a donné au malade, *per os*, 0,25 l. de thé, contenant 60 g. de sucre. L'état d'excitation s'est calmé après environ 40 minutes. Le malade a pris son petit déjeuner, composé de lait, de pain et de fromage. A 8 heures du matin, soudain l'attaque de convulsions a repris, avec spasme tonique, et, après un moment, des spasmes cloniques des extrémités, qui ont duré environ deux minutes. Le taux du sucre dans le sang au moment de la disparition des convulsions était de 89 mg. %. Le malade pendant la crise s'est mordu la langue ; il a excrété et uriné sous lui. Après la crise le malade était fortement excité, tant au point de vue moteur que verbal. Une injection intraveineuse d'une solution à 40 % de glucose ne mit pas fin à cet état, qui prit fin spontanément au bout d'une heure.

Au cours de la cinquième semaine du séjour à la clinique, en attendant à jeun l'examen médical, il était légèrement en sueur et apathique. Soudain, il sauta du lit et courut le long du couloir en criant. On le retint et on lui appliqua par injection intraveineuse 50 ml. de solution à 40 % de glucose. L'état d'excitation passa après environ 25 minutes. Le malade ne s'en rendit pas compte, comme d'ailleurs de tous les états d'excitation, qui avaient suivi les précédentes crises convulsives.

Examens supplémentaires. — Diastase dans le sang : 128° de Wohlgemuth (21.II), 64° (5.III), 96° (11.III). Diastase dans l'urine : 64° (11.III), 32° (2.IV).

Courbe glycémique selon la méthode de Hagedorn-Jensen, après surcharge par 50 g. de glucose :

Temps	0'	45'	60'	90'	120'	150'	180'	240'
24.II	77	148	129	143	100		85	
3.III	60	136	118	104	92		72	
10.III	55	140	147	134	100	82	91	79
3.IV	87	167	139	91	76		60	

Courbe glycémique après administration de 1 mg. d'adrénaline :

Temps	0'	45'	60'	90'	120'	180'
18.III	72	87	71	67	63	85

Chlorure dans le sang : 526-614 mg. % ; potasse dans le sang : 19,24 mg. % ; calcium : 9,8 mg. % ; cholestérol : 191,1 mg. %. Examen par rayons X de l'estomac et du duodénum : muqueuse de l'estomac à plis renforcés, aucune autre modification. A l'examen microscopique des selles, on a remarqué la présence d'assez nombreuses fibres musculaires. Liquide céphalorachidien : taux du sucre 36 mg. %, pas d'autres modifications.

Pneumoencéphalographie (Mme J. Wygodzka-Lipska et Z. Bojarski) : cavités temporales asymétriques ; voûte droite plus accusée que celle de gauche. Introduction de l'air dans les ventricules : l'air remplit les ventricules latéraux, les collecteurs de la base et les espaces subarachnoïdaux. Tableau pneumoencéphalographique normal.

Electroencéphalographie (T. Domżał) : en dérivation monopolaire, l'activité alpha est abondante ; en dérivation bi-polaire, voltage très bas avec activité alpha réduite ; réaction d'arrêt faiblement visible ; au cours de l'hyperventilation apparaissent un grand nombre d'ondes lentes thêta à haute amplitude, ainsi que des ondes trapézoïdales avec prédominance temporale et occipitale.

Au cours de l'examen électroencéphalographique (immédiatement avant l'épreuve d'hyperventilation) on a défini le niveau du sucre dans le sang, qui était de 86 mg. %. Résultat d'autres examens : normaux [examen morphologique du sang, de l'urine, vitesse de sédimentation des globules rouges, examen du thorax par rayons X, taux de la lipase dans le sang (0,7° et 0,1°), examen du contenu de l'estomac et du duodénum, réaction Bordet-Wassermann dans le sang et le liquide céphalorachidien, épreuves fonctionnelles du foie, ainsi que

l'épreuve de six heures de Thorn (abaissement du nombre de leucocytes acidophiles dans le sang périphérique, 70 %, 81 %, 75 %)].

Traitement. — On a appliqué une diète pour maladie du pancréas avec hyperfonction des îlots de Langerhans. Le malade a reçu six repas par jour et un repas pendant la nuit. La diète était riche en albumine. On a éliminé les hydrates de carbone s'absorbant promptement. Le malade a reçu trois fois par jour une dragée de « Pancréas ». Après un traitement de six semaines il y a eu une amélioration notable. Depuis quatre mois le malade est chez lui et continue la diète prescrite. Pendant cette période il n'a eu ni coma ni convulsions. Le malade a repris son travail.

Commentaires

Pour essayer de résumer la nosologie du cas décrit, ainsi que pour nous orienter dans les mécanismes pathogénétiques, nous avons examiné les facteurs suivants :

I. Le cas concerne une maladie du pancréas (un adénome ou une inflammation chronique du pancréas avec hyperfonction des îlots de Langerhans), accompagnée d'états d'hypoglycémie, dont un des symptômes sont les crises convulsives.

II. Les perturbations du métabolisme carbohydraté, de même que les crises convulsives sont causées par des modifications dans les centres du système hypothalamo-pituitaire.

III. Notre cas concerne une épilepsie dite réflexe avec foyer épileptogène dans l'encéphale, ainsi qu'un foyer « périphérique » sous forme d'une hyperfonction des cellules des îlots de Langerhans, qui exerce une action « provocatrice » à l'égard du foyer central épileptogène.

Ad. I. *a*) Les symptômes suivants témoignent en faveur de notre diagnostic du cas étudié, d'une inflammation chronique du pancréas avec hyperfonction des îlots de Langerhans : symptômes trophiques dans la région pancréatique, tendance à la diarrhée, taux élevé de la diastase sanguine, présence dans les selles d'assez nombreuses fibres musculaires non digérées, à jeun un taux bas du sucre dans le sang ; aplatissement des courbes glycémiques après surcharge par le glucose, et, après application d'adrénaline (15, 16, 22), une apparition fréquente des symptômes du syndrome d'hypoglycémie, qui se réduisait après l'administration de sucre ; résultat positif du traitement diététique et pharmacologique.

b) L'hypothèse de l'existence d'un adénome du pancréas est peu probable vu l'amélioration considérable obtenue à la suite du traitement.

c) Conformément aux travaux mentionnés au début, on admet généralement — sous réserve de grandes différences dans les données statistiques — qu'avec l'abaissement du taux du sucre dans le sang, peuvent apparaître des crises d'épilepsie comme l'un des symptômes du syndrome d'hypoglycémie (6, 25, 41, 42, 48, 50, 55, 58, 59).

Dans notre cas, chaque fois presque pendant le coma causé par l'hypoglycémie, apparaissaient des secousses cloniques des extrémités, ce qui témoigne tout au plus d'un certain abaissement du seuil de l'excitabilité convulsive. Il nous semble, par contre, que l'apparition d'une crise typique d'épilepsie au moment où le niveau du sucre dans le sang était de 89 mg. % ne peut être expliquée uniquement par des perturbations du métabolisme carbohydraté.

Il est également intéressant de noter que l'administration *per os* de 60 mg. de sucre n'a pas atténué l'état d'obnubilation, qui a eu lieu après la première crise d'épilepsie, observée chez notre malade pendant son séjour à la clinique. De même, l'état d'excitation psycho-motrice, qui est apparu au cours de la 5^{e} semaine d'observation, s'est maintenu encore pendant 25 minutes après l'injection intraveineuse de 50 ml. de solution de glucose à 40 %.

Au sujet des perturbations de l'activité bio-électrique du cerveau constatées dans ce cas, les remarques ci-dessous s'imposent.

Comme on le sait, les observations dans ce domaine, présentées depuis longtemps (1937), ont montré que l'abaissement du taux du sucre dans le sang détermine, dans un certain nombre de cas, l'apparition d'ondes lentes [H. Hoegland, D. Cameron et A. Rubin (1937) ; F. Gibbs, D. Williams et E. Gibbs (1940) ; L. Practor et N. Easton (1942) ; P. Davis (1943) ; M. Brasier, selon B. Müller (1948) ; W. Weinland et G. Weinland (1949)]. Généralement, on admet que, bien qu'il n'existe pas de parallélisme entre l'aggravation de l'hypoglycémie et le ralentissement du rythme de l'activité bio-électrique du cerveau, les ondes de basse fréquence (2-7 h.) apparaissent toutefois surtout lorsque l'abaissement du sucre dans le sang est considérable. E. Gibbs, F. Gibbs et W. Lennox (11) (selon Müller) remarquent que la valeur du sucre dans le sang était dans les limites 39-19 mg. %.

Il faut rappeler pourtant que l'évaluation des perturbations

de l'activité bio-électrique du cerveau, en fonction de changement du taux du sucre dans le sang, exige une grande prudence.

En prenant en considération l'ensemble du tableau clinique, ainsi que le fait qu'au cours de l'examen électroencéphalographique on a constaté que le taux du sucre dans le sang était de 86 mg. % (immédiatement avant l'épreuve hyperventilatrice), nous sommes enclin à supposer que l'apparition de « nombreuses ondes trapézoïdales » dans l'électroencéphalogramme doit être expliquée non seulement par l'état hypoglycémique, mais également par l'existence d'un foyer central épileptogène.

Ad. II. Les modifications dans le système hypothalamo-pituitaire peuvent, comme on le sait, provoquer des états hypoglycémiques ou hyperglycémiques du sang, ainsi que des crises convulsives. On a essayé, par exemple, d'expliquer l'apparition du diabète accompagné de crises convulsives par des perturbations dans le système hypothalamo-pituitaire. Un de ces cas très rares de diabète avec crises convulsives a été décrit chez nous par J. Majkowski (34), en 1955, qui a justement adopté cette conception (*). Il faut mentionner encore qu'on connaît des cas de diabète post-traumatique, apparaissant à la suite de modifications survenues dans l'hypothalamus. Ce problème a été étudié dernièrement chez nous par Mmes H. Lisiecka-Adamska et E. Grott.

En ce qui concerne notre cas, nous avons également pris en considération la possibilité de la formation de modifications dans le système hypothalamo-pituitaire, qui auraient pu provoquer des perturbations dans le métabolisme carbohydraté et les manifestations de convulsions. Néanmoins, pour les raisons ci-dessous, nous avons reconnu que cette conception n'était pas suffisamment motivée : le manque de symptômes cliniques caractéristiques des attaques d'épilepsie hypothalamique de Penfield (45), tels que rougeur de la face, larmoiement, salivation, taux normal du cholestérol dans le sang, résultat négatif de l'épreuve de Thorn, et, d'autre part, amélioration obtenue après traitement d'une inflammation chronique du pancréas. Evidemment, les facteurs mentionnés peuvent avoir une certaine signification pour l'établissement d'un diagnostic différentiel, à condition d'être considérés avec beaucoup d'attention.

Ad. III. Vu ce qui précède, selon notre avis, nous avons affaire

(*) Un cas analogue à celui de Majkowski a été décrit en 1952 par P. Castaine, B. Houdard et A. Buge (8).

dans ce cas à une inflammation chronique du pancréas avec hyperfonction des îlots de Langerhans (ce qui a été décrit en détail dans le paragraphe I *a*) et à un foyer épileptogène, probablement à la suite d'un traumatisme crânien. Nous avons pris en considération, outre les crises d'épilepsie, les états hypoglycémiques et les perturbations de l'activité bio-électrique du cerveau et l'asymétrie des cavités temporales constatée à l'examen par rayons X.

Nous supposons qu'après le traumatisme du crâne se sont formées, chez notre malade, des modifications durables dans le cerveau, qui n'avaient pas provoqué jusqu'à présent de crises cliniques d'épilepsie, celles-ci, parfois, comme on le sait, ne se produisant que quelques ou plusieurs années après le traumatisme subi. Dans notre cas, la maladie du pancréas, avec sécrétion excessive d'insuline, pouvait être le facteur qui abaissait le seuil d'excitabilité convulsive. L'activité « provocatrice » de l'insuline (même à petites doses) dans les cas d'épilepsie est un fait connu (11, 29) ; il semble donc très probable qu'une hyperinsulinémie marquée pouvait être dans notre cas le facteur libérant les crises d'épilepsie.

La différenciation de l'épilepsie dite réflexe est due avant tout aux investigations de l'école italienne [S. Baglioni et M. Magnini (1909), G. Amantea (1921), A. Clementi (1927)], qui sont en quelque sorte un prolongement d'anciennes expériences de Brown-Séquard (1856, 1869, 1892). Dans la bibliographie mondiale, sous la dénomination d'épilepsie réflexe, on comprend généralement seulement ces formes où la crise est en liaison directe avec un stimulant externe [J. Szapiro (1955)]. Mais déjà, en 1898, l'auteur polonais J. Prus (47) (d'après J. Szapiro) a proposé une hypothèse du caractère réflexe de l'épilepsie. Ce point de vue a été défendu et motivé chez nous par J. Szapiro (1955) qui a ajouté ses propres conceptions. Il pense notamment que chaque épilepsie est une épilepsie réflexe, bien qu'on ne puisse pas toujours suivre exactement le chemin de l'arc réflexe et la localisation du récepteur. L'action « provocatrice » du foyer périphérique sur le « centre » est caractéristique pour l'épilepsie réflexe, et le foyer périphérique peut y être, par exemple, une lésion du nerf périphérique, conséquence, le cas échéant, d'une amputation ou d'une blessure, ou bien encore d'une pression exercée sur le nerf par une tumeur, une cicatrice ou un corps étranger. Dans un certain nombre de cas, les crises surviennent à la suite d'une action directe des excitations exercées sur les centres nerveux par l'intermédiaire du sang ou du liquide

céphalo-rachidien. Des sortes de crises d'épilepsie sont observées à la suite d'intoxications, au cours de l'urémie et de l'éclampsie. La possibilité d'une complète guérison après l'élimination d'un foyer périphérique est un trait caractéristique de certains cas d'épilepsie réflexe. Eu égard à ceci, l'amélioration après traitement d'une maladie du pancréas peut être considérée, comme dans notre cas, comme un des facteurs plaidant en faveur de notre diagnostic d'épilepsie réflexe avec foyer épileptogène dans le cerveau et foyer en « périphérie » sous forme des cellules d'îlots de Langerhans en hyperfonction au cours d'une inflammation chronique du pancréas.

Résumé

Nous avons discuté quelques problèmes concernant une inflammation chronique du pancréas accompagnée d'hypoglycémie, ainsi que de crises convulsives concomitantes, et nous avons présenté les conceptions des auteurs polonais et étrangers à ce sujet.

Ensuite, nous avons décrit un cas de crises épileptiques et d'états comateux avec hypoglycémie au cours d'une inflammation chronique du pancréas, chez un garçon de 17 ans, qui dans sa dixième année avait subi un traumatisme crânien. L'inflammation du pancréas avec hyperfonction des îlots a été diagnostiquée en se basant sur le tableau clinique, les résultats des examens de laboratoire et le résultat positif du traitement.

Le malade était sujet à des crises isolées d'épilepsie généralisée, indépendamment des états hypoglycémiques (une fois, le taux du sucre dans le sang était de 89 mg. %). L'examen par rayons X a démontré une asymétrie des cavités temporales. De plus, ont été constatées par électroencéphalographie chez ce malade des perturbations de l'activité bio-électrique du cerveau, c'est-à-dire l'apparition (lorsque le taux du sucre dans le sang était de 86 mg. %) de nombreuses ondes thêta et d'ondes trapézoïdales à reconduites temporales et occipitales.

En se basant sur les symptômes mentionnés et compte tenu du tableau clinique dans son ensemble, ainsi que de la bibliographie, nous avons admis la conception suivante :

Le cas concerne une épilepsie dite réflexe, probablement d'origine post-traumatique. Le traumatisme crânien a eu pour conséquence des modifications irréversibles dans le cerveau, lesquelles pendant longtemps n'avaient pas provoqué de crises d'épilepsie.

A partir du moment où l'inflammation du pancréas s'est développée (foyer périphérique) est intervenu un facteur nocif supplémentaire agissant d'une manière « provocatrice » sur le foyer épileptogène. Le niveau élevé de l'insuline dans le sang a abaissé le seuil d'excitabilité des convulsions en libérant des crises d'épilepsie et des perturbations de l'activité bio-électrique du cerveau.

L'amélioration obtenue après le traitement du pancréas, *qui formait dans ce cas un « foyer périphérique »*, plaide également, selon nous, en faveur de la conception adoptée.

Je prie M. le professeur Dr J. W. Grott, directeur de la 1re Clinique des maladies internes de l'Académie de Médecine de Lódž, où mon malade avait été hospitalisé pour des investigations supplémentaires, d'agréer mes remerciements très respectueux pour avoir bien voulu revoir ce mémoire.

Je tiens à remercier tout particulièrement Mme le Dr H. Lisiecka-Adamska, pour ses conseils et les indications qu'elle m'a donnés lors du séjour de mon malade à la Clinique. Je présente mes remerciements sincères à M. le professeur agrégé Dr J. Szapiro, directeur de la Clinique de neurochirurgie, pour ses indications précieuses, à M. le Dr L. Prusak et Mme le Dr M. Radomska pour leurs conseils. Je remercie M. le Dr J. Żurkowski pour son aide dans le domaine de la médecine interne, et Mme le Dr E. Grott-Swieżawska pour les indications bibliographiques qu'elle a bien voulu me communiquer.

Clinique psychiatrique de l'Académie de Médecine de Lódž (Pologne)
(*Directeur :* Professeur agrégé Dr St. Cwynar)

BIBLIOGRAPHIE

1. Aleksandrow (D.) et ses collaborateurs. — *Pol. Arch. Med. Wew.*, 1955, 4, 658-686.
2. Amantea (G.). — *Pflüg. Arch.*, 1921, 188, 287.
3. Baglioni (S.) et Magnini (M.). — *Arch. Fiziol.*, 1909, 6, 240.
4. Ber (A.). — *Zespól Cushinga*, Varsovie, 1955.
5. Brazier (M.). — *Neurol.*, 1948, d'après M. Müller.
6. Bridge (E.). — *Epilepsy and convulsive disorders in children*, Mc Graw Hill, 1949.
7. Brown-Séquard (N.). — 1856, 1869, 1892, d'après Wrzosek et Maciesza.
8. Castaigne (P.), Houdart (R.) et Buge (A.). — *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1952, 68, 782.
9. Clementi (A.). — *Arch. Fiziol.*, 1927, 27, 3.
10. Davis (P.). — *Arch. Neurol. Psychiat.*, 1943, 49, 186-194.

11. Gibbs (F.), Lennox (W.), Gibbs (E.). — *Arch. Neurol. Psychiat.*, Chicago, 1939, III, 41.

12. Gibbs (F.), Williams (D.) et Gibbs (E.). — *J. Neurophysiol.*, 1940, 3, 49.

13. Grayzel (D.). — *Arch. Int. Med.*, 1934, 54, 694-701.

14. Grinker (R.), Bucy (P.). — *Neurology*, Oxford, 1949.

15. Grott (J. W.). — *Pol. Gaz. Lek.*, 1934, 9.

16. Grott (J. W.). — *Pol. Arch. Med. Wew.*, 1935, 1.

17. Grott (J. W.). — *Medycyna*, 1935, 9, et *Rinascenza Medica*, 1935, 10.

18. Grott (J. W.). — *Medycyna*, 1938, 16, 633.

19. Grott (J. W.). — *Pol. Tyg. Lek.*, 1949, 10 et 11, 295-298 ; 324-328 et *Gastroenterologia*, 1941, 66, 2, 72.

20. Grott (J. W.). — *Pol. Tyg. Lek.*, 1947, 37-39.

21. Grott (J. W.). — *Pol. Tyg. Lek.*, 1948, 22.

22. Grott (J. W.). — *Pol. Tyg. Lek.*, 1949, 11, 1209-1214.

23. Grott (J. W.). — *Choroby trzustki* (M. Semerau-Siemianowski : *Choroby wewnetrzne*, vol. II, 69-88, Varsovie, 1952).

24. Grott (J. W.). — *Wiad. Lek.*, 1953, 6, 296-299.

25. Harris (S.). — *J.A.M.A.*, 1933, 101, 1958-1964.

26. Hartwig (W.). — *Pol. Arch. Med. Wew.*, 1948, vol. XVIII, 1-2.

27. Hoagland (H.), Cameron (D.) et Rubin (A.). — *Am. J. Psychiat.*, 1937, 94.

28. Jochweds (B.). — *Przegl. Lek.*, 1949, 23/24, 728-730.

29. Jus (A.) et Jus (K.). — *Elektroencefalografia*, Varsovie, 1954.

30. Landau (A.) et Hercenberg (T.). — *Pol. Gaz. Lek.*, 1933, 8 et 9, 145-148 et 168-170.

31. Lisiecka-Adamska (H.). — *Pol. Arch. Med. Wew.*, 1954, 4, 603-604.

32. Lisiecka-Adamska (H.) et Grott (E.). — *Pol. Tyg. Lek.*, 1957, 25, 949-954.

33. Lisiecka-Adamska (H.) et Grott (E.). — *Le diabète*, 1958, 1, 27-33.

34. Majkowski (J.). — *Neurol. Neurochir. Psychiatr. Pol.*, 1955, 2, 199-210.

35. Marchand (L.) et Ajuriaguerra (J. de). — *Epilepsies*, Paris, 1948, d'après Szapiro.

36. Markoff (N.). — *Schwiez. Med. Wschr.*, 1935, 32.

37. Mc Clenahan (W.), Norris (W.). — *Am. J. Med. Sc.*, 1929, 177, 93.

38. Michalski (T.). — *Neurol. Neurochir. Psychiatr. Pol.*, 1957, 2, 205-216.

39. Miller, Trescher. — *Am. Med. Sc.*, 1927, d'après Wilson.

40. Müller (E.), Petersen (W.). — *Klinische Wschr.*, 1926, 23, 1025-1028.

41. Müller (M.). — *Die Körperlichen Behandlugsverfahren in der Psychiatrie*, vol. I, Stuttgart, 1952.

42. Opalski (A.), Rocz. — *Psychiatr.*, 1938, XXXI, 112-156.

43. Orlowski (W.). — *Nauka o chorobach wewnetrznych.*, vol. VIII, Varsovie, 1957.

44. Pelczar (K.). — *Pol. Arch. Med. Wew.*, 1937, 2.

45. Penfield (W.), Jasper (H.). — *Epilepsy and the functional anatomy of the human brain*, 1954.

46. Practor (L.), Easton (N.). — *Am. J. Psychiat.*, 1942, 99.

47. Prus (J.). — *Nauka o chorobach wewnetrznych*, vol. I et II, 1905.

48. Reinwein. — *Deutsche Med. Wschr.*, 1931, 14, 571-574.

49. Sjögren, Tillgren. — *Acta Med. Scand.*, 1927, 65, d'après Wilson.

50. Spett (K.). — *Neurol. Neurochir. Psychiatr. Pol.*, 1957, 2, 255-268.

51. Sulestrowska (H.). — *Neurol. Neurochir. Psychiatr. Pol.*, 1957, 2, 197-204.

52. Szapiro (J.). — *O jedności i mechanizmie rozmaitych postaci padaczki*, Varsovie, 1955.

53. Szyfman (J.), Wajnsztok (J.). — *War. Czasop. Lek.*, 1936, 3.

54. Terplan (K.). — *Am. J. Path.*, 1937, 13, 664-666.

55. Thalhimer (W.), Murphy (F.). — *J.A.M.A.*, 1928, 91, 89.

56. Weinland (G.), Weinland (W.). — *Arch. Psych.*, 1949, 183.

57. Wegierko (J.). — *Pol. Gaz. Lek.*, 1933, 32, 593-595.

58. Wilder (J.). — *Med. Klinik*, 1930, 17, 616-621.

59. Wilson (K.). — *The epilepsies* (Bumke (O.), Foerster (O.) : *Handbuch der Neurologie*, vol. XVII, Berlin, 1935).

60. Wohlwill (F.). — *Klin. Wschr.*, 1928, 8, 344-346.

61. Wrzosek (A.), Maciesza (A.). — *Now. Lek.*, 1910, 7, 385, 449, 513, 577.

62. Zuriban (S.). — *Medicina*, Mexico, 9, 1929, 306, 310.

SYNDROMES PSYCHOSIQUES PERIODIQUES D'EPILEPSIE REFLECHIE

PAR

Césare MATTIOLI-FOGGIA (Pistoia, Italie)

Les trois cas que j'illustre ne sont pas très fréquents. On pourrait même dire qu'ils sont plutôt rares. Je les suis depuis un certain nombre d'années. Comme ils peuvent prêter à discussion, je me sens en devoir de les faire connaître. En les décrivant, je me bornerai à souligner ce qui a particulièrement trait à eux.

J'ai déjà signalé le premier des trois cas. en date du 5 novembre 1955, au cours d'une Réunion de l'Académie de Médecine de Pistoia « F. Pacini » ; un résumé de ce travail a paru dans les *Annales Médico-Psychologiques* (vol. 1er, p. 894, 1956). J'ai voulu le rappeler ici et, en le comparant avec les deux autres, j'ai voulu voir s'il a des points de contact avec eux, au point de vue pathogénétique. Il s'agit d'une femme (dossier clinique n° 107/51), âgée de 70 ans et privée de tares psychopathiques héréditaires ou de précédents anamnésiques personnels, faisant penser à l'épilepsie ou à ses équivalents ; en outre, absence de tares luétiques ou alcooliques. A l'âge de 61 ans, cette femme a commencé à être soignée dans un hôpital psychiatrique. Jusqu'au 2 novembre 1955, date de la première description, les internements à l'hôpital avaient été au nombre de neuf ; leur durée moyenne était de 19 jours, avec un minimum de 12 et un maximum de 27. Intervalles, par ordre chronologique, entre un internement à l'autre, au cours de cinq ans : 9, 10, 12, 7 mois, 50, 40 et 51 jours.

Après l'écoulement de l'épisode psychopathique, le rétablissement des fonctions psychiques a toujours été parfait.

Au point de vue diagnostique, j'encadrai le cas parmi les « Episodes crépusculaires de Kleist » (1), après avoir pesé, par un examen diagnostique différentiel : la manie périodique, la confusion maniaque, l'amence et la sub-amence. En outre, tout en sachant que les états crépusculaires peuvent être l'expression de causes multiformes (tant il est vrai qu'on peut les constater dans l'hystérie, l'urémie, l'éclampsie, etc...), nous avons insisté sur l'existence de liaisons causales particulièrement étroites entre les états crépusculaires et l'épilepsie. Nous en sommes arrivé ainsi à conclure que le droit d'une entité syndromique autonome devait être refusé aux « Episodes crépusculaires de Kleist », et à proposer, par contre, d'attribuer ce droit au chapitre des psychoses épileptiques (2).

De novembre 1955 à ce jour, la patiente en question a été l'objet de huit autres internements à l'Hôpital neuro-psychiatrique de Pistoia, internements dont la durée et les intervalles ont été analogues aux précédents, comme le démontrent les dates d'entrée à l'hôpital et de sortie (du 23 janvier 1956 au 19 février 1956 ; du 21 avril 1956 au 13 mai 1956 ; du 11 août 1956 au 6 septembre 1956 ; du 27 septembre 1957 au 24 octobre 1957 ; du 8 février 1958 au 27 mars 1958 ; du 23 mai 1958 au 12 juin 1958 ; du 11 juillet 1958 au 17 août 1958 ; du 16 septembre 1958 au 20 octobre 1958).

Comme chaque fois, le motif de l'internement a été un grave désordre dans le comportement avec une tendance de s'enfuir de la maison sans aucun but. Pendant le traitement, le tableau psychopathique a été caractérisé par un certain état euphorique, du désordre, de la saleté, avec des poussées d'agitation telles qu'elles conseillaient l'isolement ; insomnie ; nutrition irrégulière ; pas de désorientation complète dans le temps et dans l'espace, mais une reconnaissance erronée à l'égard de certaines personnes, sans qu'il s'agisse de falsification de souvenirs ; logorrhée avec fuite d'idées, humeur exaltée et labile, sans, toutefois, la distraction propre des maniaques qui présentent l'attention passive bien connue, si sensible et prompte qu'elle leur fait suggérer parfois des « remarques sensées et des réactions

(1) Ouvrage de l'hôpital neuro-psychiatrique de l'arrondissement de Pistoia (Italie). Directeur : professeur C. Mattioli-Foggia.

(2) Parmi les psychoses épileptiques, sont également inclues les psychoses marginales de Kleist avec pycnolepsie et narcolepsie (psychoses épileptiques) par J. Alves Garcia, dans *Medicina, Chirurgia, Farmacia*, Rio de Janeiro, n° 211, novembre 1953.

immédiates qui ne sont pas toujours insensées ». Tanzi et Lugaro disent, d'une façon plutôt pittoresque, que « le maniaque est un sismographe particulièrement délicat, qui signale même le vol d'une mouche ». Chez la patiente, on note, par contre, pendant la conversation, un effort continu, tendant vers une attention active, effort qui s'avère malheureusement inutile ; agitation sans but. Phénomènes d'assonance et traces très légères d'écholalie. Répond en ne restant pas toujours dans le sujet, quoiqu'elle se prête à l'interrogatoire, en s'efforçant de concentrer son attention. Pas d'extériorisation de délires ou d'hallucinations. Jamais de fièvre.

Le deuxième malade est un homme de 62 ans (dossier clinique n° 35/1941), marié, sans enfants, ouvrier, dans la famille duquel il existe une sœur, internée dans un Institut psychiatrique pour une maladie non précisée. Pas de penchant pour les boissons alcooliques. Pas de syphilis. De l'anamnèse pathologique éloignée, il semble qu'il ait souffert de convulsions à l'âge de cinq ans. A 42 ans, typhus et tentative de suicide, plus une infection de charbon, partie de l'œil gauche, et s'étant étendue sur toute la figure. Infection vaincue. Le sujet en question a été souvent interné à l'Hôpital psychiatrique de Maggiano (Lucca), du 2 septembre 1941 au 13 octobre 1941 ; du 8 février 1949 au 23 février 1949 ; du 28 avril 1950 au 14 mai 1950, et à celui de Pistoia six fois, avec courtes périodes d'internement et intervalles également courts entre les différentes admissions (sauf entre la première et la seconde). Le dossier clinique donne, en effet, les dates suivantes : du 13 octobre 1941 au 24 novembre 1941 ; du 17 février 1950 au 4 mars 1950 ; du 10 juin 1951 au 1er juillet 1953 ; du 21 mai 1952 au 29 juin 1952 ; du 24 avril 1953 au 10 mai 1953 ; du 4 octobre 1953 au 23 octobre 1953.

Le motif de l'admission consistait en ce que le patient quittait son habitation, par suite d'une impulsion irrésistible à se mouvoir (comme pour une fugue). Il vagabondait, pendant deux ou trois jours, sans aucun but, dormait pendant le jour là où il se trouvait, marchait longuement pendant la nuit et souvent, profondément abattu, se présentait spontanément à l'Institut psychiatrique, où il était accueilli. Il savait décrire, quoique de façon fragmentaire, ce qu'il avait fait, mais ne savait pas le critiquer. Quelques jours après l'admission, il se remettait rapidement et pouvait repartir.

Le troisième patient est un homme jeune de 37 ans (dossier clinique n° 74/1953), célibataire, artisan, sans antécédents mor-

bides de neuro-psychopathies parmi les ascendants ou les collatéraux, sans maladies vénériennes, non alcoolique. Au retour de son internement comme prisonnier de guerre, a commencé à manifester un comportement extravagant, en affirmant que son métier de barbier n'était pas digne de lui, et à être la proie d'épisodes d'excitation qui ont imposé son internement psychiatrique, la première fois du 17 mars 1953 au 30 avril 1953 ; puis du 6 septembre 1954 au 16 décembre 1954 ; du 3 janvier 1955 au 17 mars 1955 ; du 29 juillet 1955 au 16 septembre 1955 ; du 4 octobre 1955 à ce jour. Pendant les périodes d'internement, il a été souvent sujet à des crises d'excitation, rebelles aux différents sédatifs, crises de durées différentes et de violence si considérable qu'elles ont imposé l'application des moyens de contention. Les crises en question ont commencé en 1955 (30 juillet 1955), après quoi elles ont été observées du 13 avril 1956 au 24 avril 1956 ; du 20 juin 1956 au 2 juillet 1956 ; du 24 septembre 1956 au 6 novembre 1956 ; du 13 janvier 1957 au 21 janvier 1957 ; du 6 février 1957 au 6 mai 1957.

Le 4 juillet 1957, il a été soumis à une intervention psychochirurgicale. Opérateur Prof. Visalli (Rome). En état d'anesthésie locale novocaïnique, on pratique un trou de trépanation sur la convexité de la région frontale moyenne, à 2 cm. environ de la ligne moyenne. Ce trou de trépanation est agrandi, dans le sens frontal, par la pince oxyvore. On attaque la dure-mère et l'on introduit, dans la substance cérébrale, une aiguille de ventriculographie à laquelle on imprime des mouvements dans le sens frontal, de façon à pratiquer une section en éventail de la substance cérébrale, sur une extension de 3 cm., en correspondance avec l'écorce, et sur une profondeur de 6 cm. dans la substance blanche. Autre crâniectomie, limitée sur le côté gauche. Par la suite, on coupe la dure-mère en correspondance avec la zone 8 de Brodmann et on enlève de la substance corticale et de la substance sub-corticale sur une surface de 2 $\times$ 2 cm. et une profondeur de 3 cm. environ. On procède ensuite à la lobotomie. Suture de la galée et de la peau.

Après l'intervention psycho-chirurgicale, et si l'on excepte un état d'excitation qui a duré du 8 août 1957 au 10 septembre 1957, les crises susdites ne se sont plus présentées et, dans l'ensemble, le comportement du malade à l'hôpital est bon.

*
**

Nous voulons attribuer le tableau psycho-pathologique de ces trois patients aux équivalents épileptiques prolongés qui, comme on sait, peuvent prendre les aspects les plus divers ; toutefois, certains caractères les distinguent, même lorsque l'anamnèse ne démontre pas, avec évidence, la présence de l'épilepsie. Ces caractères sont :

a) Une instauration rapide, si l'on veut, mais graduelle.

b) Une durée allant de quelques minutes à une heure ou à plus de 24 heures. Cela se manifeste dans l'automatisme épileptique ambulatoire bien illustré par des psychiatres « classiques », sur la base d'une longue série de cas, et amplement rappelé par Marchand et Ajuriaguerra dans leur Traité (*Epilepsies, leurs formes cliniques, leurs traitements,* p. 124, Desclée de Brouwer et C^ie^, Paris, 1948).

c) Existence de l'équivalent.

d) Obnubilation, plus ou moins profonde, de la conscience.

e) Souvenir plus ou moins confus.

Les accès d'automatisme ambulatoire sont particulièrement intéressants. Ils consistent en une absence épileptique prolongée, au cours de laquelle le sujet suit un parcours de durée variable, à pied, à bicyclette et même en voiture. Ce sont des manifestations pathologiques que l'on appelle aussi des fugues épileptiques. Elles sont plutôt rares. Sur 1.052 sujets, examinés au consultoire pour épileptiques, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 69 patients de ce genre ont été mis en évidence. Les femmes y semblent être moins sujettes que les hommes. Le souvenir de ce qui a été fait peut manquer ou être confus ; certains sujets ont parfois comme l'impression d'un rêve. Le fait qu'il s'agit de manifestations épileptiques vraies et propres, surtout lorsque la conduite du malade est correcte pendant la fugue, serait mis en doute par Babinski et par Joffroy et Dupouy, qui ont fait la révision des observations décrites par Legrand du Saulle, Charcot, Duponchel et d'autres. A leur avis, il s'agirait non pas d'épileptiques, mais d'hystériques.

Logiquement, lorsque de tels syndromes se manifestent chez des individus épileptiques, aucune difficulté diagnostique n'existe. Il n'en est pas ainsi lorsqu'on sait que la personne à qui l'on attribue l'équivalent épileptique présumé ou l'épilepsie larvée ne semble pas (dans son anamnèse pathologique proche ou éloignée) avoir souffert d'épilepsie ou, pour mieux dire, de convulsions

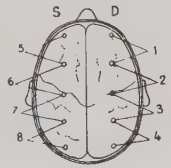
épileptiques. Ce dernier cas semblerait être celui de nos patients, vu que, en ce qui concerne les convulsions du second patient à l'âge de cinq ans, non seulement on n'en connaît pas les aspects, mais aussi, de l'examen du rapport médical d'internement à l'Hôpital psychiatrique de Lucca, elles ne sont pas certaines.

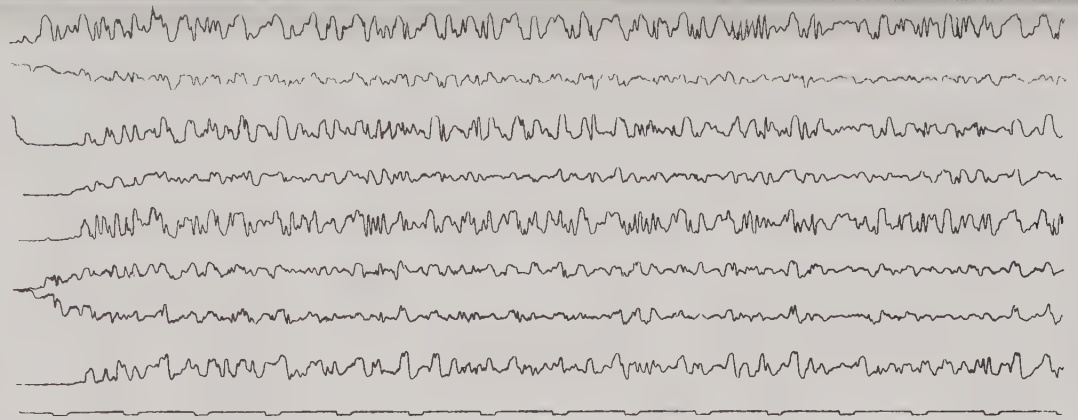
Les examens électro-encéphalographiques (1) n'ont corroboré notre hypothèse d'équivalent épileptique que chez le premier malade, où il a été possible de faire la recherche électro-encéphalographique chez la patiente, lorsque cette dernière ne présentait pas encore de l'agitation et du désordre, mais seulement une limitation de la conscience avec une certaine notion (pâle et partielle, il est vrai) du « moi », symptôme, celui-ci, que plusieurs citent justement pour caractériser les états épileptiques crépusculaires. Cette recherche a mis en évidence des graphoéléments pouvant faire penser à un « état de mal électrique » (R. Ardito) (fig. 1-2), tandis qu'un encéphalogramme, fait lorsque l'état crépusculaire était cliniquement guéri, a donné un tracé irrégulier, avec de nombreuses fréquences rapides et quelques ondes plus lentes (6-7 par seconde), distribuées surtout par les temporaux.

Une bouffée de ces ondes semble être synchrone dans toutes les dérivations. Chez le second malade, les tracés réalisés le lendemain de l'admission, aussi bien qu'après le rétablissement mental, n'ont donné qu'un résultat assez bas et souvent non synchronisé.

Chez le troisième malade, l'encéphalogramme a mis en évidence un tracé régulier, avec rythme alpha de moyenne amplitude, et quelques bouffées hyper-synchrones, à peine plus amples et plus étendues, synchrones sur les différentes dérivations. La réaction d'arrêt était présente. Rien à l'hyperpnée. Dans l'ensemble, un tracé avec une légère hyper-excitabilité centro-médiane, mais que l'on doit considérer comme étant dans les limites de la normale.

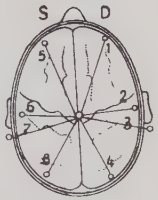
(1) R. Ardito, de la clinique neuro-psychiatrique de l'Université de Pise, insiste sur l'importance de l'enregistrement électro-encéphalographique, fait en série dans les psychoses périodiques, même lorsqu'on ne peut pas y retrouver une compromission évidente de l'état de conscience. Cette importance est démontrée, entre autres, par des enregistrements faits chez des épileptiques certains, pendant le déroulement de troubles psychiques qui, au point de vue clinique, pouvaient être réputés extra-critiques et que, par contre, l'examen électro-encéphalographique obligeait de considérer comme dépendant de décharges épileptiques critiques se déroulant électivement en correspondance avec les portions antérieures de l'encéphale.

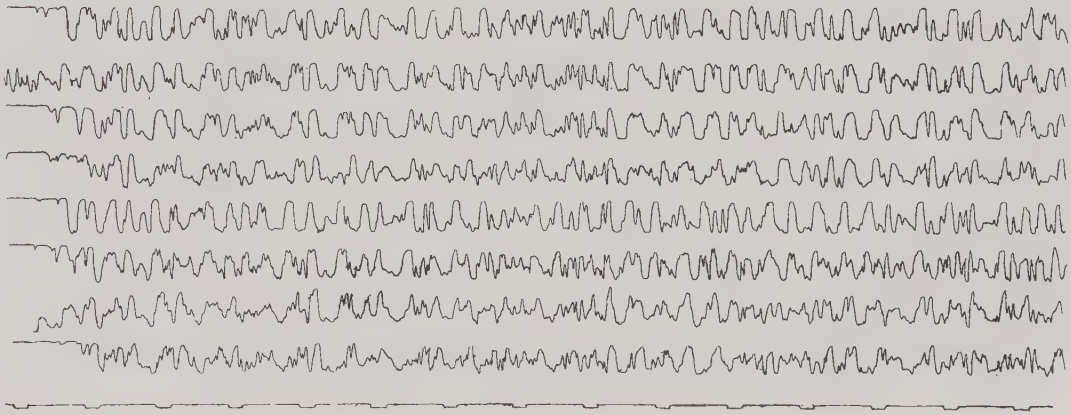




I 50 m v

FIG. 1





I 50 m v

FIG. 2

Si donc l'auxiliaire électro-encéphalographique a constitué une confirmation clinique certaine dans le premier cas, dans les deux autres, les tracés électro-encéphalographiques ont eu une signification à peu près muette ou ambiguë, tandis que, dans la définition du diagnostic d' « équivalents épileptiques prolongés », nous avons été guidé et soutenu par une observation clinique prolongée. La différence phénoménologique du tableau psychopathique, extrinsèque chez chacun des trois malades, devait être réputée liée, cependant, à un mécanisme physiopathologique unique du type organique ; en outre, ces « équivalents » devaient être considérés comme nés par voie réfléchie, en tant que manifestations d'une épilepsie réfléchie.

Par épilepsie réfléchie, on entend une certaine variété d'épilepsie qui se déchaîne par suite d'une cause quelconque, irritant anormalement une partie quelconque du corps, de façon à entraîner des modifications cérébrales qui s'extrinsèquent cliniquement par une crise épileptique. Les stimulations irritatives ou douloureuses peuvent être très différentes, à la charge de l'œil, de l'oreille, des glandes, du nez, de la bouche, etc... En stimulant la surface cutanée du dos du pouce de la main et de l'avant-bras droit d'un malade, Pantano réussissait à provoquer des accès épileptiques classiques. Martino a observé une jeune fille chez qui les crises épileptiques convulsives coïncidaient avec de graves troubles intestinaux. Gozzano cite, dans son traité, un jeune homme qu'il avait personnellement tenu en observation et opéré d'hémorroïdes : les crises convulsives étaient provoquées par la blessure opératoire ; pas de convulsions auparavant et pas de convulsions, non plus, après le dernier pansement. Serait également de nature réfléchie ce que l'on appelle l'épilepsie pleurale, qui apparaît au cours des pleurésies ou durant la ponction pleurale par le pneumothorax thérapeutique. En plus de ces observations, nous avons celles de de Marco, Rodovici, Missirliou et Gluckmann ; de Pitha ; de Strauss ; d'André Thomas ; de Forster, Penfield, Jasper et Madow ; de Pasolini ; de Mengoli ; de Fasanaro ; de Turinese ; de Boudouresques et Gastaut ; de Chavany ; de Noto ; de Bovi. Longo, de l'école de V. M. Buscaino, qui s'est particulièrement occupé de la question, décrit un cas très intéressant d'épilepsie réfléchie d'excitations afférentes auriculaires, chez une jeune femme, chez qui il était possible de provoquer des accès convulsifs épileptiformes vraiment typiques (tout à fait semblables à ceux que l'infirme présentait spontanément), en stimulant la paroi labyrinthique de la caisse tympanique, avec un porte-coton imbibé d'alcool à 96°.

« Les cas d'épilepsie réflexe, observés par tous les auteurs précités, ne sont qu'une confirmation clinique des recherches expérimentales originales sur les animaux, effectuées par Amantea et son Ecole, par Clementi et par Spiegel. Amantea (1920), en stimulant, chez le chien, un centre cortical sensitif-moteur, moyennant l'application de papier imbibé d'une solution de strychnine à 1 %, a observé que prend naissance chez l'animal, non seulement le clonus caractéristique des muscles qui correspondent au centre strychninisé, mais aussi une modification particulière de la zone cutanée qui correspond au centre stimulé, modification à type hyper-esthésique. En appliquant donc des stimulations (tactiles, dolorifiques, électriques) sur cette zone — épileptogène — il a été possible de provoquer la naissance de crises épileptiformes convulsives et généralisées. Si l'on supprime (par la cautérisation par exemple) le centre cortical strychninisé, une stimulation, même énergique, de la région épileptogène, n'entraîne plus la manifestation de la crise. Par contre, cette dernière peut être obtenue si l'on applique sur un autre centre cortical une autre pastille imbibée de strychnine et si l'on stimule la nouvelle zone épileptogène qui correspond au nouveau centre strychninisé. Toutefois, les crises ne peuvent être provoquées que dans 25 % des cas, c'est pourquoi Amantea divise tous les chiens en deux grandes catégories : chiens prédisposés et chiens non prédisposés à l'épilepsie réfléchie d'excitations afférentes.

« De profondes différences biologiques et constitutionnelles séparent les deux groupes d'animaux : les chiens prédisposés présentent une excitabilité corticale bien plus élevée que les autres (Amantea) ; leur contenu en Ca et K est sensiblement inférieur à celui des chiens non prédisposés (Zagomi) ; enfin, leur tempérament est très particulier (violents, agressifs, mordent) par rapport à celui des autres, qui sont dociles, doux, tranquilles (Longo). »

*
* *

Un examen objectif de nos patients a mis en évidence des données qui peuvent mieux nous faire comprendre le mécanisme de la naissance de leurs manifestations psycho-pathologiques, que nous attribuons, comme déjà dit, aux équivalents épileptiques prolongés, d'origine réfléchie.

En effet, la première patiente présente, sur la région sous-

mandibulaire gauche, une tuméfaction de la grosseur d'un œuf de poule, tuméfaction ayant les aspects morphologiques d'un lipome. Pendant les crises de perturbation mentale, la tuméfaction en question devient rouge et modérément douloureuse.

En outre, et toujours pendant les crises, on peut voir à l'œil gauche, et plus précisément à l'angle intérieur et inférieur de la région orbitale, une tuméfaction douloureuse et rougie, pouvant être attribuée à un processus aigu de dacryocystite. On observe également une certaine réaction conjonctivale avec hyperhémie et production intense de larmes. Autrement dit, la crise psychopathologique apparaît en coïncidence avec le processus dacryocystique, qui devient aigu au moment de chaque réadmission à l'hôpital. A noter, en outre, que, chaque fois, le traitement thérapeutique a consisté à administrer les médicaments anti-épileptiques ordinaires, en préparation hépato-protectrice, et à pratiquer des injections de pénicilline (dose maximum : 4-5 millions d'U.O.), qui faisaient disparaître rapidement le processus dacryocystique, en même temps qu'ils éliminaient la crise psycho-pathologique. Quoique conseillée plusieurs fois de s'y soumettre, la malade a toujours refusé l'intervention chirurgicale, tant en ce qui concerne le processus dacryocystique qu'en ce qui concerne le lipome suspect.

Chez le second patient, on notait à l'œil gauche (où a pris naissance l'infection de charbon) une certaine hyperhémie conjonctivale, un léger œdème de la paupière et une production abondante de larmes, en coïncidence avec chaque admission à l'hôpital. Chez ce malade aussi, rétablissement rapide avec traitement anti-épileptique et désintoxicant.

Chez le troisième patient, surtout quelque temps avant la crise d'excitation, on observe une stimulation anormale et insistante de la sécrétion salivaire, en même temps qu'un passage à l'état aigu de l'état phlogistique de la cavité buccale, pathologiquement très altérée, par suite d'une altération des gencives et des dents.

Ces faits peuvent représenter, à mon avis, des éléments suffisants pour constituer des stimulations afférentes, capables de créer chez nos malades (évidemment prédisposés), sinon des crises épileptiques classiques, généralisées ou partielles, mais leurs équivalents prolongés, s'extrinséquant par des phénomènes moteurs, associés à un certain trouble de la conscience : offusquée, comme dans l'épisode crépusculaire (1er cas) ; partiellement limitée, comme pendant l'automatisme ambulatoire (2^{e} cas) ; ou bien presqu'entièrement, comme dans la simple crise inévitable d'une excitation plus ou moins prolongée (3^{e} cas).

Chez ce dernier patient, la discussion diagnostique pourrait également avoir pour objet le syndrome schizophrénique, où nous nous étions arrêté au début, mais que nous avons voulu exclure par la suite, sur la base d'une longue observation. On sait que, lorsque nous parlons de syndromes schizophréniques, nous entendons un groupe complexe de différents syndromes mentaux ; d'un nœud lié par certains symptômes typiques communs et par une prognose très réservée, mais sans unité étiologique et sans unité pathologique, avec un décours et un résultat différents, et que l'on doit toujours juger séparément dans chaque cas. Terrain très incertain et très mobile. Je n'ai pas l'intention de m'arrêter ici sur les rapports, si discutés, entre la schizophrénie et l'épilepsie. Toutefois, il me semble que, tout en ayant dans leur symptomatologie des aspects similaires à la schizophrénie, des cas comme le troisième ne peuvent être considérés, après un examen plus approfondi, que comme des équivalents épileptiques prolongés, dus à des stimulations afférentes et réfléchies, capables de créer une excitation psychomotrice, mais non à même de troubler la conscience. Ce troisième malade ne possède pas l'impulsivité poussée, complètement injustifiée par ailleurs, qui caractérise le schizophrénique vrai et propre.

Chez ce malade, l'impulsivité ne s'instaure pas *ex abrupto ;* elle se manifeste, il est vrai, mais avec gradualité, même si cette dernière est assez rapide. Surtout, elle est précédée par un état de tension anxieuse intérieure que l'on observe chez les épileptiques ; lorsque la capacité de se contrôler cède, le patient extrinsèque cette impulsivité toujours vers les personnes qui lui sont plus proches (médecins, infirmiers, malades). A l'interrogatoire, on remarque que la manifestation de l'acte impulsif n'est pas dénuée d'une élaboration logique et critique. Dans le comportement de ce malade, on ne peut pas parler d'apathie schizophrénique, mais bien plutôt d'une paresse d'origine épileptique. La nature épileptique est encore corroborée par le retour des crises, c'est-à-dire par leur caractéristique d'accès et leur répétition de façon superposable. A mon avis, la schizophrénie périodique n'est nullement en cause.

Sans vouloir examiner les profonds problèmes anatomo-physiologiques et pathologiques, responsables des crises d'épilepsie réfléchie, je tiens de nouveau à souligner (comme simple constatation de fait) que les crises ont disparu chez ce malade, après la lobotomie bilatérale et l'éloignement d'un fragment de tissu cortico-sous-cortical, en correspondance avec la zone 8 de Brod-

mann. Autrement dit, les crises ont disparu depuis le 10 septembre 1957.

En ce qui concerne le ptyalisme, il est vrai qu'on le retrouve tant chez les schizophréniques que chez les épileptiques et davantage chez ceux-là que chez ceux-ci (Faleg). Cependant, chez notre malade, il ne s'agit pas d'un pseudo-ptyalisme, c'est-à-dire d'un pervertissement de l'activité volitive devant être réputé comme un stupide automatisme mécaniquement actif, psychiquement passif (Tanzi), comme on le voit fréquemment chez les schizophréniques.

L'hypersalivation du patient ne doit pas être jugée non plus comme un équivalent épileptique sécrétoire, mais simplement comme l'effet d'une stimulation périphérique afférente, avec départ présomptif d'un « focus » oral, capable d'engendrer, à son tour, par réfléchie, la crise d'excitation motrice.

Il est admissible, au point de vue scientifique, que certaines symptomatologies qui semblent le propre d'une schizophrénie sont, par contre, des équivalents épileptiques prolongés, avec une teinte schizophrénique particulière, dus à des facteurs d'hérédité ou de constitution, qui peuvent parfois échapper aux recherches les plus attentives. On sait, par ailleurs, même si le cas n'est pas fréquent (1), que, dans les antécédents généalogiques des schizophréniques, on peut retrouver des tares épileptiques bien délignées, comme aussi l'on peut retrouver des tares schizophréniques chez des épileptiques extrinséquant des manifestations similo-schizophréniques. Tous les cas de ce genre devraient être soumis à une révision attentive et diagnostiquée, car il nous semble utile, tant dans un but nosographique que pour pouvoir prendre les mesures thérapeutiques et psychiatriques nécessaires, de tenter une discrimination dans le secteur de ce que l'on appelle le syndrome schizophrénique, étiquette diagnostique dont, de nos jours encore, on abuse vraiment trop.

Dans un ouvrage sur les « Psychoses périodiques à type de réaction exogène », Bini et Ederli affirment qu'une entité nosographique des psychoses périodiques exogènes ne peut pas être mise en évidence, mais qu'il est préférable de réduire chaque cas particulier à des formes symptomatiques d'affections déjà connues. Sur la base des cas examinés par ces auteurs, la réduction en question aurait lieu dans le domaine du rhumatisme

(1) A l'hôpital neuro-psychiatrique de Pistoia, j'ai observé — pour le moment — deux seuls malades de ce genre : le dossier clinique n. 41/1940 et le dossier clinique n. 97/1944.

cérébral, du parkinsonisme post-encéphalitique, des sepsis de streptocoque à extension périodique par variation de l'état allergique et des porphyries.

Par la description du cas des trois patients, nous avons simplement voulu attirer de nouveau l'attention sur le sujet des psychoses périodiques (la phrénose maniaco-dépressive restant logiquement exclue) et souligner aussi l'existence de « syndromes psychosiques périodiques sur base épileptique réfléchie », ce qui représente une genèse réfléchie de crises d'épilepsie psychique où la phénoménologie psycho-pathologique s'exprime de différentes façons, probablement selon les différents niveaux encéphaliques intéressés.

BIBLIOGRAPHIE

ARMONTEA. — Rapports entre excitations afférentes et épilepsie expérimentale. *Boll. R. Acc. Med., Rome,* 46, 121-127, 1920.

ARDITO. — Les neuropathies réfléchies. *Riv. Sperim. Freniatria,* fasc. IV, 1956.

— *Interlocution à la réunion de l'Académie médicale de Pistoia « F. Pacini »,* en date du 20 décembre 1958.

BINI et EDERLI. — Psychoses périodiques à type de « réaction exogène ». *Riv. Sperim. Freniatria,* fasc. IV, 1955.

BOVI. — Relevés cliniques sur l'épilepsie humaine réfléchie. *Giorn. Psichiatria e Neuropatologia,* 1956.

FALEG. — La sécrétion salivaire dans certains groupes de malades de la tête. *Riv. Neurobiologia,* 1955.

FASANARO. — L'épilepsie réfléchie humaine et expérimentale. *Acta Neurologica,* IV, 2, 1947.

GASTANT. — L'épilepsie psycho-motrice. *Triangolo Revue Andoz,* n° 3, 1957, Edit. Soc. Libraria.

GOZZANO. — *Traité de neurologie,* Edit. Soc. Libraria.

LONGO. — Epilepsie réfléchie d'excitations efférentes chez l'homme. *Riv. Pat. Nervosa e Mentale,* fasc. 1, 1935.

— et FORNARI. — Epilepsie réfléchie de stimulations afférentes auriculaires chez l'homme. *Commentarius LXVIII secundi ordinis du Consessum Societatis Giorniae Catinensis Naturalium Scientiarum,* 1935.

MATTIOLI-FOGGIA. — Episodes crépusculaires de Kleist. *Bulletin de l'Académie Médicale de Pistoia « F. Pacini »,* XXVI, année 1955.

— Equivalents épileptiques prolongés. Communication. *Réunion académique médicale de Pistoia « F. Pacini »,* en date du 20 décembre 1958.

Mengoli. — Un cas d'épilepsie réfléchie. Ses caractéristiques électro-encéphalographiques. *Riv. di Neurol.*, 23, 1953.

Noto. — Sur un cas d'épilepsie réfléchie, provenant de la lésion d'un membre. *Riv. Pat. Nerv. e Mentale*, 1953.

Pasolini. — Epilepsie et glandes endocrines : influence de l'hormone épiphysaire sur l'excitabilité corticale et sur l'état de prédisposition à l'épilepsie réfléchie et expérimentale. *Annali Italiani di Pediatria*, Cagliari, juin 1956.

Turinese. — Sur les crises épileptiques réfléchies. *Riv. Pat. Nervosa e Mentale*, 1956.

PROBLEMES PSYCHOLOGIQUES ET SOCIAUX POSES PAR LES ENFANTS ET ADOLESCENTS DEBILES MENTAUX

PAR

C. KOHLER (Lyon)

I. — Rappel des problèmes conditionnant l'action socio-professionnelle en faveur des débiles mentaux

Nous ne parlerons ici que des débiles vrais, en excluant les problèmes posés par les enfants présentant une intelligence lente ou moyenne, c'est-à-dire un Q.I. au-dessus de 0,80 (1).

Quelle évaluation chiffrée peut-on formuler qui corresponde à cette catégorie d'enfants ? C'est au moins 3 % de la population d'âge scolaire, en excluant les arriérés profonds qui ne sont pas scolarisables et que l'on ne peut que difficilement toucher dans les enquêtes statistiques.

D'autre part, il n'y a aucune raison de voir diminuer ce pourcentage dans l'avenir, car avec nos progrès en pédiatrie nous « créons des débiles ». C'est un fait dont il faut prendre conscience et qui est un peu le revers de la médaille des « miracles », comme par exemple les guérisons des méningites tuberculeuses.

Mais quels sont les *critères* sur lesquels nous pouvons baser nos pronostics ? Nos prévisions d'éducabilité dépendent d'éléments dont l'importance et le degré de certitude restent inégaux. Le rapport établi pour l'avenir du débile mental par Stern entre le niveau mental et l'âge d'état civil (quotient intellectuel) a été longtemps à la base de tout raisonnement. Mais, au fur et à mesure de nos progrès, cet élément de connaissance est apparu comme insuffisant. C'est un ensemble comprenant la motricité,

(1) Confusion encore trop répandue dans le grand public et entretenue par l'équivoque des « zones de recrutement » de beaucoup d'établissements soi-disant spécialisés pour les débiles mentaux.

le caractère, les origines familiales et sociales, la cause même de cette débilité enfin, qui doivent représenter les éléments d'appréciation sans lesquels nous marcherions à l'aveuglette.

Limites et relativité des critères de pronostics.

a) *Age mental et Q.I. :* C'est le problème de la différence de validité entre les tests dits verbaux et les tests non verbaux. On connaît le débat qui n'est pas près de se clore au sujet de la validité des tests verbaux (Binet, Simon, Terman, etc...). Il est certain que, dans nos pays, leur application sur des ruraux a souligné un handicap que la réalité de la vie ne confirme pas forcément. Plus encore lorsqu'on les utilise avec des individus non européens.

C'est ainsi qu'à Lyon, de jeunes Nord-Africains de 14 ans ont été envoyés à l'Œuvre des classes de perfectionnement professionnel, après un examen en Centre d'orientation professionnelle qui les avait fait considérer comme débiles avec, par exemple, un Terman à 8 ans, mais 14 ans au Kohs. En reprenant leur cas, en observant leur comportement, on a constaté que ces adolescents n'étaient pas des débiles, mais des illettrés, avec un mode de vie et un tempérament différents de leurs « conscrits » lyonnais. C'est donc là un facteur d'erreur dont il faut tenir compte, et auquel on doit remédier en utilisant des « batteries » de tests variées et à orientations différentes (Weschler-Bellevue et Grace Arthur, par exemple).

Mais, à supposer que notre instrument de « mesure » soit satisfaisant, à quels niveaux définirions-nous des perspectives valables d'éducabilité et d'adaptation professionnelle ? Nous pensons tout d'abord de manière très positive qu'au-dessus d'un Q.I. 75, les problèmes ne diffèrent pas beaucoup de ceux posés par les « intelligences lentes ».

Le « plafond » de cette catégorie, somme toute homogène, des débiles mentaux moyens et profonds, se situerait pour nous dans une zone un peu mouvante de Q.I. entre 70 et 75, mais plus proche de 70 que de 75.

Peut-on d'autre part définir un « plancher » ? Nous le pensons aussi et le fixerions volontiers à 45 de Q.I., car dans ces cas l'expérience nous a montré combien peu de chance on a d'espérer une éducabilité complète.

b) *Le deuxième critère est celui de la motricité :* C'est le problème des possibilités gestuelles et d'adaptation pratique des débiles mentaux. On sait que la plupart de ceux-ci présentent un déficit moteur plus ou moins important, même s'ils sont indem-

nes de toute atteinte neurologique grave. Mais il est vrai aussi que des débiles mentaux de niveau intellectuel bas révèlent des capacités dans le domaine de la dextérité qui sauveront leur adaptation professionnelle.

c) *Les données caractérielles* représentent un autre élément de pronostic essentiel. Pour être débile, on n'en est pas moins homme, et par conséquent actif ou inerte, émotif ou apathique, à réactions immédiates (primaires) ou lentes (secondaires), et nos débiles mentaux rentrent avec plus ou moins de modifications dans la classification d'Heymans, Vriesma, Le Senne, modifications qui dépendent de la suggestibilité et des limites de jugement de ces enfants et adolescents, et qui font par exemple que l'émotivité les dominera plus que des normaux. Mais il est bien évident que les éléments liés à l'*activité* pèsent le plus lourdement dans la balance. Un débile actif a beaucoup plus de chance de rééducation qu'un débile apathique. Mais le débile instable, qui combine une activité excessive à une émotivité mal venue, présentera un handicap supplémentaire.

Ceci nous amène d'ailleurs à considérer le problème des *troubles caractériels associés :* perturbations névrotiques, ou troubles « constitutionnels ». La question est chez le débile mental plus compliquée à résoudre que chez l'individu normalement intelligent. Par exemple, il est des « blocages affectifs » à très long terme qui constituent un handicap personnel souvent considérable pour les débiles mentaux (la pseudo-débilité mentale par troubles névrotiques étant elle-même cependant assez rare).

A l'opposé, les incidences sociales de certains de ces troubles du comportement vont amener quelquefois des difficultés insurmontables : manifestations hystériques spectaculaires ou surtout attitudes paranoïaques intolérables et qui forceront la main jusqu'à faire demander une mesure d'internement.

d) *Le quatrième critère est celui du milieu où se déplace l'enfant.* Mais la notion de milieu n'est pas simple et il faut y distinguer toute une série de sous-chapitres qui permettent de la préciser.

Aspects matériels

Les débiles mentaux issus du sous-prolétariat (sous-alimentation, promiscuité, entassement aggravant, sinon causant leur retard) sont plus facilement confiés aux centres spécialisés, mais la tâche est difficile de les remettre en état, de les « socialiser » et de créer et maintenir les contacts avec leurs familles.

Aspects sociaux

Il est certain que la place des parents dans « l'échelle sociale » est source de conséquences souvent fâcheuses pour l'avenir des débiles mentaux.

Le placement et l'éducation des débiles mentaux issus de milieux bourgeois ou de milieux fortunés sont en particulier souvent difficiles. Dans la société fortement hiérarchisée qui est la nôtre, l'apprentissage manuel est considéré alors comme incompatible avec le « rang social » de ce débile mental, et l'on préférera le voir « employé », c'est-à-dire en fait garçon de course, plutôt que cordonnier ou peintre.

Aspects psychologiques

L'influence du milieu est considérable par son attitude vis-à-vis du fait « débilité mentale ». Combien souvent n'avons-nous pas à affronter des problèmes d'hyperprotection ou d'exclusion : enfants couvés par une mère qui ne les « lâche pas d'une semelle » ou, au contraire, enfants dont les parents n'ont jamais voulu admettre la débilité et les poussent à des étapes scolaires ou professionnelles qu'ils ne peuvent franchir. Entre ces deux extrêmes se situent toute la gamme des réactions possibles des parents qui, indépendamment du fardeau souvent si lourd que représente un enfant débile mental, se sentent généralement « culpabilisés » par l'insuffisance de celui-ci et en éprouvent un sentiment de faute dont le fondement rationnel n'existe pas.

Aspects économiques

C'est le problème du « marché du travail » et des possibilités de débouchés professionnels qui varient avec la région envisagée. Les liens avec la famille doivent et peuvent être conservés : déraciner les enfants et les adolescents quand ils sont débiles réussit encore moins bien que quand ils sont normaux.

e) *Le cinquième critère est celui des causes possibles*, des éléments individualisables à l'origine de la débilité mentale. Schématiquement, par les documents que nous avons pu réunir au cours des cinq dernières années, en examinant près d'un millier d'adolescents débiles mentaux, nous dirons que : *40 % présentent une débilité mentale que l'on peut qualifier d'essentielle, de « pure »*, qui paraît correspondre à une atteinte génotypique, familiale souvent, et qui ne se manifeste par aucun autre signe que le déficit intellectuel.

A ces cas, il faut et il suffit que l'on donne une pédagogie appropriée scolaire, puis professionnelle.

Par contre, *60 % sont des débiles mentaux que l'on peut et que l'on doit considérer comme des malades,* relevant de thérapeutiques médicales tout autant que d'une action pédagogique spéciale.

A avancer une telle opinion, basée sur l'observation des faits, nous savons bien que certains nous reprocheront d'étendre abusivement le domaine de la médecine, et d'autres au contraire de le restreindre à l'excès. Nous citerons à l'appui de nos dires, et sans prétendre être exhaustifs, les problèmes que posent au neuro-psychiatre :

les débiles mentaux avec comitialité : celle-ci existe fréquemment dans le contexte du débile mental par encéphalopathie et certains cas sont difficilement réductibles par le traitement ;

les débiles mentaux avec troubles moteurs par atteintes neurologiques, combinant, comme cela arrive dans 70 % des cas d'infirmité motrice cérébrale, la débilité mentale avec le déficit moteur : hémiplégie, athétose, etc... ;

les débiles mentaux avec troubles sensoriels qui ne sont pas forcément fixés : déficits visuels à traiter, ou en tout cas à corriger, hypoacousie ou surdité signant souvent l'origine embryopathique du déficit intellectuel ;

les débiles mentaux avec des manifestations viscérales : hépatiques, cardiaques, etc... ;

les débiles mentaux avec atteintes squelettiques qui marquent encore le caractère général d'une dystrophie ayant frappé, entre autres, le cerveau : scolioses et cyphoses de la colonne vertébrale, déformations diverses des membres.

D'où d'ailleurs la conclusion que personne ne peut prétendre à faire « cavalier seul » pour la réadaptation de ces débiles mentaux, mais que la nécessité du travail en équipe s'impose ici tout particulièrement pour le pédagogue, le neuro-psychiatre, les rééducateurs de la motricité et de la parole.

Quoi qu'il en soit, nous arrivons, au terme de ce rappel préalable, à distinguer du point de vue de l'avenir du débile mental :

ceux pour lesquels les espoirs sont presque complets de leur donner une stabilité personnelle, professionnelle et sociale ; ce sont :

les *éducables* (Q.I. entre 60 et 70) ;

les *semi-éducables,* n'arrivant jamais à une autonomie de cet ordre (Q.I. entre 45 et 60). Une tutelle plus ou moins importante devra donc leur être assurée à longueur de vie ;

enfin, les autres, c'est-à-dire ceux que l'on peut considérer au

moins en partie comme *perfectibles* (Q.I. au-dessous de 45), ont besoin d'une protection permanente et définitive.

II. — La première catégorie : les éducables

Pour les besoins de l'exposé, nous les suivrons au cours des trois étapes de leur vie : étape pré-scolaire, étape scolaire, étape de formation professionnelle.

Mais ceci suppose que ces enfants auront été très précocement dépistés : dès l'âge de la Maternelle, comme y insistait, il y a 15 ans déjà, le Professeur Dechaume. Or, ceci est encore pratiquement très peu réalisé. A Lyon, malgré un Service d'Hygiène scolaire très bien organisé, nous trouvons seulement 30 % de nos adolescents débiles mentaux qui ont été dépistés avant 10 ans.

Etape pré-scolaire.

C'est donc de ces heureux 30 % qu'il s'agira dans la suite de notre exposé, ceux que des parents justement alertés sur le problème par leur médecin de famille ou une assistante sociale, ou inquiétés par une information de presse, ont présentés à un examen neuro-psychiatrique et psychologique dès l'âge de 4 à 5 ans. Mais quelle solution proposer pour ces petits débiles mentaux d'âge pré-scolaire ? Peut-on considérer que la Maternelle ou le jardin d'enfants pour normaux leur conviendra ?

C'est la solution qu'on est le plus souvent amené à proposer, sans qu'elle donne toujours des résultats satisfaisants. Pis aller, en raison de la surcharge de plus en plus grande des effectifs des Maternelles et de la rareté des jardins d'enfants véritables.

Les petits débiles mentaux de 5 ans ont, ne l'oublions pas, un niveau psychomoteur de 3 ans environ. Ce sont donc les apprentissages sensori-moteurs de base qui doivent encore leur être appris à ce stade. Leur difficulté à conserver ces acquisitions, autant que leur lenteur à les acquérir, sont finalement peu compatibles avec la collectivité d'enfants normaux de leur âge d'état civil. Tout cela implique que ces enfants doivent, dès ce moment, faire l'objet de mesures d'éducation particulières. Mais rien n'existe dans le domaine de l'enseignement public et l'enseignement privé ne présente que des « réalisations pilotes », *c'est-à-dire par trop isolées et réduites.*

Etape scolaire.

L'enseignement normal primaire soulève les mêmes questions. Les parents pensent qu'un « petit cours », qu'un internat à

petit effectif, ou des leçons particulières, remédieront à cette insuffisance de l'intelligence. En réalité, à quelques exceptions près, ces débilités relèvent incontestablement des classes de perfectionnement, et les trois solutions précédentes se révèlent finalement sans issue.

Cependant, en France, le problème des classes de perfectionnement devient dramatique. Le Ministère de l'Education Nationale fait face très péniblement aux besoins numériques en instituteurs pour les enfants dits normaux, et la difficulté est encore plus grande pour les enfants dits arriérés. D'autre part, on connaît le climat particulier (la classe des « fous » ou des « idiots »), qui fait que beaucoup de familles n'acceptent pas toujours facilement l'orientation de leurs enfants vers la classe de perfectionnement.

Sait-on enfin que plusieurs départements n'ont encore aucune classe de perfectionnement ? L'enseignement des arriérés y est complètement inexistant, laissé qu'il est, par les dispositions réglementaires, à la diligence des municipalités écrasées de charges, ou ignorantes du problème.

Quoi d'étonnant donc qu'on attende que l'enfant ait suivi pendant deux ans des classes normales avant d'être admis dans une classe spécialisée !

D'autre part, même dans les Académies où fonctionnent des classes de perfectionnement en nombre suffisant, leur activité n'est pas — et de loin — toujours encadrée par un service de psychologues scolaires et par un service médico-social spécialisé, grâce auxquels peuvent être assurés un contrôle permanent de l'évolution des enfants, la liaison avec les familles et l'efficacité des thérapeutiques à demander aux spécialistes soignants. De même n'a pas été retenue la nécessité d'un inspectorat primaire unique, coordonnant les activités des maîtres spécialisés et disposant d'un fichier central des élèves !

Dans d'autres cas, on est amené à proposer l'admission en Institut médico-pédagogique (I.M.P.). Mais il y a encore beaucoup à dire sur les critères habituellement admis pour proposer l'entrée d'un enfant dans un I.M.P. pour débiles mentaux. Trop souvent, semble-t-il, cette solution est regardée comme une panacée et, dans certaines consultations spécialisées, il semblerait que l'activité principale de l'Assistante sociale soit de trouver un placement qu'entérine le médecin !

Il faudrait concevoir que l'I.M.P. ne devrait recevoir ni les « cas sociaux » à faible retard intellectuel, mais de milieu disso-

cié ou sous-prolétarien, ni le débile mental « pur », c'est-à-dire celui qui ne présente, nous l'avons dit, aucune autre perturbation que son déficit de l'intelligence. L'I.M.P. devrait, au contraire, recevoir, comme l'indique, semble-t-il, son nom, des enfants présentant des indications à la fois médicales et pédagogiques. Elles existent, nous y avons insisté tout à l'heure, mais pas toujours. A ce point de vue, il faut avoir la franchise de reconnaître que, vis-à-vis de la Sécurité sociale et de ses efforts récents de compréhension du problème, nous sommes souvent dans un assez cruel embarras.

Irons-nous jusqu'à dire que certains agréments donnés par des Commissions régionales de Sécurité sociale ont été une affaire de bonne foi surprise ? Il reste que nous devrions faire un effort pour « médicaliser » les I.M.P.

Reste un très gros problème pour ces débiles mentaux d'âge scolaire, celui des maladies ou infirmités graves qu'ils peuvent présenter, associées à leur débilité mentale : l'hémiplégie infantile, l'épilepsie, les déficits sensoriels, etc...

Dans quelle mesure peut-on trouver actuellement un placement pour ces enfants ? Disons-le carrément, rien n'est officiellement possible. Mais si, par chance, un I.M.P. pour débiles bénéficie d'une équipe médico-pédagogique compétente et par exemple du concours d'un orthophoniste ou d'un rééducateur de la motricité, qui seront en mesure d'apprendre les éléments de langage ou de maîtrise motrice qui manquent à ces enfants, alors nous les y ferons inscrire. Mais un tel I.M.P. a ses places vacantes retenues au moins 18 mois à l'avance ; que faire pendant ces 18 mois, sinon trouver quelque chose ailleurs... et nous sommes « au rouet ». D'où la nécessité, urgente maintenant, dans les régions comme l'Alsace ou Rhône-Alpes, dont le dépistage et l'orientation des cas simples sont bien organisés, de faire promouvoir à l'échelon national des instituts recevant des enfants débiles mentaux à problèmes hautement spécialisés.

Etape post-scolaire.

Il y a une série de traditions particulièrement désastreuses dans le domaine de l'orientation des adolescents débiles mentaux. C'est, par exemple, celle qui veut qu'un garçon débile mental soit « mis à la terre » avec pour avenir celui de tout ouvrier agricole ; que les filles apprennent le métier de brodeuse, qui se révèle à la fois très délicat et d'avenir très restreint. Il en est de même pour une série de petits métiers comme les jouets, les fleurs artificielles, la vannerie, dont les débouchés sont bien pau-

vres et qui ne permettent finalement aucune rémunération solide du débile garçon ou fille.

C'est poser à ce propos encore une fois le problème de l'*orientation artisanale* du débile mental. Des personnes animées des meilleures intentions du monde restent encore convaincues que là est son avenir, mais il faut au contraire insister sur le fait que, dans la généralité des cas, l'artisanat ne convient pas au débile. Celui-ci a un jugement limité et un pouvoir d'adaptation restreint. Or, l'artisan a justement besoin dans ses activités « polyvalentes », et incessamment renouvelées, de jugement et d'initiative. Les expériences répétées dans ce domaine ne permettent certainement pas de considérer cette orientation artisanale du débile mental comme encore défendable.

Mais quelles sont donc les notions constructives à apporter à ce point de vue ? Elles sont fonction de l'évolution actuelle du monde du travail, et de l'évolution du « marché de la main-d'œuvre », dans deux sens assez divergents : celui de l'appel aux « conducteurs de machines » et celui du recrutement d'une masse de « manœuvres » relativement peu différenciés.

a) On doit donc s'efforcer de maintenir un certain pourcentage *d'instruction générale* à ces garçons et filles. Cette instruction générale revêtira une forme concrète et pratique, celle d'un apprentissage de leur future vie quotidienne : par exemple, leur apprendre à faire le marché, à remplir une feuille de déclaration d'accident de travail ou de maladie, etc...

b) *L'orientation professionnelle* d'un débile mental est faite d'un bilan non pas de ses aptitudes, mais de ses inaptitudes, qui permet de dégager moins ce qui reste à considérer comme positif dans sa personnalité que les handicaps de celle-ci. Il n'est pas question dans cette perspective (qui d'ailleurs rejoint jusqu'à un certain point ce que nous venons de dire de l'évolution générale des demandes en main-d'œuvre) de métiers à prévoir bien définis pour les garçons et pour les filles. Il ne sera même pas toujours question de postes de travail.

Ce dont il est question dans une formation professionnelle qui veut rendre service aux débiles mentaux, c'est de les rendre capables, par l'éducation gestuelle, par l'instruction générale et par le contact direct avec les différentes branches professionnelles, de s'adapter à un certain nombre de « débouchés » professionnels connus et correspondant à leur niveau global à la fin de leurs trois ans d'études. C'est dire l'importance de « l'éducation gestuelle », cet ensemble pédagogique qui vise à donner habileté

et dextérité à des adolescents qui en sont généralement dépourvus. L'A.R.E.R.A.M. a ouvert la voie à ce point de vue (1). Nous croyons qu'à Lyon maintenant cet aspect de la réadaptation du débile mental est sur le chemin de la réussite.

c) Il reste d'autres éléments à prendre en considération dans cette étape post-scolaire. Un des plus importants est certainement celui du *contact avec la profession*, ou plus exactement avec les professions, c'est-à-dire avec les chefs d'entreprises et les différents industriels qui sont intéressés par les ouvriers et ouvrières que nous pouvons leur préparer et qui, d'autre part, peuvent fournir du matériau à traiter dans les ateliers d'apprentissage. Il n'y a pas de formule uniforme et unique pour la France entière. La concentration industrielle, l'orientation de la production font que la préparation des débiles mentaux doit être adaptée à chaque région et devra s'adapter également à la période considérée. A ce point de vue, le « Marché Commun » aura certainement une influence à retenir.

d) Il y a une urgence plus ou moins grande suivant le *sexe* de l'adolescent. Il est certain que les filles sont plus longtemps et plus facilement gardées au foyer familial que les garçons. Cela se vérifie chaque année pour le recrutement de « l'Œuvre laïque des classes de perfectionnement professionnel du Rhône ».

e) Un dernier élément est indispensable pour valider le travail de formation professionnelle ainsi conçu : c'est le *contrôle des résultats* que nous pouvons obtenir. Trop souvent, en effet, jusqu'ici, les institutions ou services s'occupant de débiles mentaux ne gardent que des contacts limités dans le temps et dans l'espace avec eux. Il est au contraire absolument indispensable de les suivre de très près pendant plusieurs années. Mais cela pose un triple problème, le premier *d'ordre très pratique :* comment financer un « service de suite » dont l'importance ne peut que grandir et qui implique un personnel et du matériel d'exploitation statistique ? Jusqu'ici, les autorités de tutelle en ont admis la nécessité sur le plan théorique seulement.

Le second est *d'ordre juridique :* c'est celui de la majorité légale des débiles mentaux et des possibilités de tutelle qui devraient être définies. Malgré l'action des parents préoccupés de cette question (Association des Papillons-Blancs), il ne semble pas qu'elle ait pris place dans la récente réforme judiciaire.

Le troisième est un *problème d'organisation :* en fonction des renseignements fournis par le contrôle des résultats, on ne doit

(1) Voir n° 7/8, septembre 1957 de la revue *Sauvegarde de l'enfance :* « La rééducation psychomotrice chez le débile ».

pas hésiter à remanier les activités des Centres professionnels spécialisés. C'est ainsi qu'à Lyon-Gerland, nous avons abandonné la fabrication des jouets bourrés et la confection des cravates, et renforcé la teinturerie-repassage pour les filles, et que nous ouvrons un atelier de soudure pour les garçons.

Aspects pratiques de réalisations

Quelles sont donc les formules types qu'on peut, à l'heure actuelle, donner comme valables pour une formation et un reclassement professionnels des adolescents débiles mentaux (1) ?

a) L'*éducation gestuelle* constitue, nous y avons déjà insisté, le leitmotiv de la formation professionnelle des débiles de moins de 14 ans. Une expérience remarquable est poursuivie à Paris par l'A.R.E.R.A.M. A Lyon, nous avons entrepris, sinon réalisé, une synthèse méthodologique où la progression des exercices de dextérité est associée à un entraînement de l'habileté corporelle générale et à une attention toute particulière au rythme individuel et à la coordination avec la respiration.

b) Le deuxième élément de cette formation est l'*apprentissage professionnel* proprement dit, qui se fait dans des ateliers ou chantiers aussi proches que possible par leur équipement de la réalité. Par exemple, pour les adolescents : plâtrerie, peinture, cordonnerie industrielle, menuiserie, jardinage et bientôt soudure ; pour les filles : dégraissage, repassage, coupe-couture industrielle, matière plastique. Le matériel doit être moderne et modifié suivant l'orientation des besoins, comme on le ferait dans l'industrie. Nous n'avons pas hésité à mettre en place, il y a trois ans, le travail à la chaîne (tapis), et les résultats sont excellents.

c) Le troisième élément est l'*éducation générale*. Au cours des trois années d'apprentissage, son importance va diminuer par rapport à la formation professionnelle (voir notre rapport à l'U.N.A.R.) (1), mais elle subsiste, car la fragilité des acquisitions pédagogiques des débiles mentaux est bien connue. D'autre part, on lui a donné un aspect essentiellement pratique, comme nous l'avons déjà indiqué, et la méthode des centres d'intérêt y est systématiquement utilisée.

d) Le quatrième élément, c'est l'*action médicale* qui comporte des aspects proprement médicaux (orientation, diagnostic et sur-

(1) Se reporter aux rapports sur ce sujet au VIII[e] Congrès de l'U.N.A.R. (Toulouse, 1956), et en particulier : Rapport Mme Dubost et D[r] Kohler.

veillance des thérapeutiques). Mais elle implique aussi l'utilisation dans certains cas de *psychothérapie*. On en connaît la difficulté avec des débiles mentaux au vocabulaire restreint et aux réactions élémentaires quelquefois imprévues ; elle n'est pas impossible cependant, et certainement indispensable à des cas précis. Enfin, la *rééducation motrice* s'inscrit dans cette action médicale et complète pour les handicapés organiques l'éducation gestuelle commune à tous, avec au besoin de la gymnastique corrective. N'oublions pas que ce chapitre de l'action médicale concerne 60 % de nos cas.

Dans la pratique, deux solutions s'offrent à nous : le demi-internat et l'internat. Chaque fois que c'est possible, c'est le *demi-internat* qui est souhaitable. Les adolescents prennent leur repas de midi sur place et l'on profite des petits loisirs de 13 à 14 h. pour leur assurer un complément de formation éducative (jeux, chant, audition de musique de disques). C'est le moment qui est également prévu pour ceux dont les parents ont demandé que leur soit assurée une formation religieuse. Celle-ci leur est donnée par des Pères et des Sœurs du Prado à l'église voisine. Ce dernier aspect psycho-pédagogique mériterait à lui seul un long développement qui ne peut trouver sa place ici.

Il paraît souhaitable que le Centre assure (c'est le cas à Lyon) une colonie de vacances : son effet, tant sur le plan physique qu'au point de vue éducatif, peut être de premier ordre sur des débiles mentaux.

L'*internat* reste un pis aller imposé évidemment par les circonstances pour les débiles mentaux des petites agglomérations ou de la campagne, mais il est nécessaire que les contacts soient conservés au maximum avec les parents et le cadre social d'origine. L'organisation et la progression de l'apprentissage sont analogues à ce que nous avons décrit pour le demi-internat.

Mais se pose alors le problème des loisirs qui implique la présence non pas de simples « moniteurs », mais d' « éducateurs » dûment formés et orientés, et un programme de travail qui doit viser à développer graduellement l'initiative des adolescents débiles mentaux en ce domaine. Mais il est certain que ce séjour en collectivité durant trois ans représente, qu'on le veuille ou non, une ségrégation. C'est pourquoi la création de « foyers », comme étape à la sortie de ces centres, devra souvent s'imposer.

Conclusions pratiques.

Dans notre région, où un « plan d'équipement » a pu être conçu en 1959 et mené à la réalisation à travers les difficultés

successives que l'on devine, quelle est la situation pour ces enfants et adolescents débiles mentaux de Q.I. compris entre 50 et 70 ?

Nous ne donnerons pas le détail des 22 I.M.P. recevant des débiles mentaux d'âge scolaire correspondant à ces Q.I. de manière rigoureuse (1), ni des 22 classes de perfectionnement pour garçons et des 18 pour filles, mais nous mentionnerons l'effort important fourni pour les adolescents : 100 garçons et 100 filles reçus en demi-internat par l'Œuvre laïque des classes de perfectionnement professionnel du Rhône à Lyon (un organisme semblable est en voie de création à St-Etienne), 60 garçons à l'Internat de Taron (Loire) (Œuvre laïque des Villages d'enfants), 62 garçons à la « Rose-des-Vents » à St-Galmier (Loire), 100 garçons au Prado du Cantin (Rhône), 70 filles à « Notre-Dame de Compassion » à Lyon et 45 à l'I.M.P. St-Vincent-de-Paul à Lyon.

Si l'on ajoute à cela que le Diocèse de Lyon a le premier en France fait ouvrir trois classes de perfectionnement privées, on voit que l'effort des responsables de toutes obédiences a été considérable « quantitativement ». On peut sans risque d'erreur en dire autant de sa qualité. Nous ne voulons pour preuve que l'étude statistique récemment faite dans le cadre des classes de perfectionnement professionnel du Rhône.

Nous avons cherché à reprendre contact avec les « anciens » et lancé dans ce but 220 questionnaires très simples, auxquels ont été envoyées 144 réponses : 63 garçons et 81 filles. Actuellement, 62 garçons travaillent. Tous ont un métier pratiquement rentable, sauf trois ! Mais il faut noter que seulement 29 sont restés dans le métier appris, alors que 32 sont passés à une autre branche. Celle-ci reste cependant assez proche de l'activité à laquelle ils avaient été préparés.

En ce qui concerne les filles, 66 seulement travaillent, 12 sont sans profession et trois sont mariées avec enfants. Sur les 66 qui travaillent, 43 sont restées stables dans leur métier, alors que 19 font un métier qui n'a aucun rapport avec celui auquel elles ont été préparées.

En tout cas, actuellement, tous ceux et celles qui travaillent subviennent à leurs besoins et perçoivent pour 80 % des salaires horaires supérieurs au S.M.I.G. Ce sont là des résultats remarquables, dépassant tous les espoirs que pouvaient donner des

(1) On peut se procurer le « Répertoire de l'équipement pour l'enfance inadaptée dans la région Rhône-Alpes », édité par l'A.R.S.E.A., 25, place Bellecour, à Lyon. Brochure ronéotypée de 40 pages.

sondages analogues faits antérieurement ailleurs, et qui confirment notre idée directrice de départ, à savoir que le débile mental de ces niveaux (Q.I. entre 50 et 70) est une « personne » capable d'accéder à une autonomie socio-professionnelle complète ou presque. D'où la nécessité d'intensifier l'effort dans ce domaine (40 garçons ont été refusés en octobre 1958 à l'entrée de ce Centre !).

III. — La seconde catégorie : les semi-éducables (Q.I. compris entre 40 et 50)

Pour cette catégorie d'enfants et d'adolescents, les étapes de développement seront beaucoup plus lentes et aussi les objectifs beaucoup plus limités (1), aussi bien sur le plan personnel que sur le plan social.

C'est ainsi que le temps et la patience, la répétition inlassable et l'adaptation très progressive de gestes éducatifs visant, il faut bien le dire, d'abord et surtout, un conditionnement au sens pavlovien du mot, permettront de parcourir les étapes de :

a) l'acquisition de l'autonomie de « base » : maîtrise sphinctérienne, développement et perfectionnement de la motricité élémentaire et de l'habileté gestuelle, accès aux mécanismes verbaux essentiels ;

b) l'initiation pédagogique dont il serait vain d'espérer qu'elle permette de dépasser un niveau de C.E. (et plutôt de C.P.) ; on s'estimera bien heureux d'avoir permis l'acquisition de la lecture et de l'écriture ;

c) l'initiation professionnelle où évidemment aussi les ambitions doivent se limiter à la possibilité d'un conditionnement automatique à des gestes élémentaires.

A ces nécessités doivent correspondre des institutions appropriées :

jardin d'enfants ou maternelle spécialisés et prolongés ;

classes de perfectionnement et I.M.P. de niveau strictement précisé ;

centres de formation professionnelle qui peuvent trouver des débouchés et une expansion dans toute une série d'éléments qu'il faut étudier empiriquement et statistiquement, toujours en fonction du « marché du travail ». Par exemple, actuellement, dans le domaine du bois, l'assemblage de pièces, toutes préparées, de mobilier. De même, les mieux doués et éduqués au point de

(1) Voir à ce sujet *Informations sociales*, n° double 9-10, 1958, consacré aux « débiles profonds ».

vue dextérité sont capables de monter les petits jouets de plastique dont on connaît la vogue sur le marché. De façon générale, d'ailleurs, il est probable que c'est la matière plastique qui représentera un des débouchés les plus sûrs pour cette catégorie d'adolescents.

Faut-il considérer que ces apprentissages leur donneront des possibilités de s'établir professionnellement ? En pratique, il faut répondre « non », mais penser que, la majorité une fois atteinte, ils pourront partiellement subvenir à leurs besoins. C'est la loi d'Aide sociale et sa réglementation qui doivent permettre, grâce à leurs conditions d'application assez souples, de regrouper ces adolescents devenus adultes dans des « ateliers protégés » (le terme est emprunté à d'autres dispositions légales, celles de l'aide aux handicapés, qui se révèlent moins bien utilisables finalement pour le cas qui nous occupe). L'aide financière est possible pour de tels organismes, en rapport inverse du rendement professionnel des travailleurs dont ils auront la charge.

C'est encore cette réglementation qui ouvre la porte, avec ce qu'elle appelle « centres d'hébergement », à la création de foyers d'accueil destinés à recevoir ces hommes et ces femmes au fur et à mesure que les possibilités offertes par leur famille disparaîtront par la mort des parents.

On ne mesure pas assez en effet la véritable angoisse qui étreint ceux-ci avec la montée des années qui les approche du terme où ils devront laisser leur enfant débile mental « seul au monde ».

Conclusions pratiques.

Comme tout à l'heure pour la catégorie supérieure, nous dirons ce qui existe actuellement pour ces enfants et adolescents dans la région Rhône-Alpes :

Deux demi-internats à Lyon, un à Villeurbanne, un à Villefranche-sur-Saône, un à Annecy, sont des Centres privés recevant chacun une trentaine d'enfants de 5 à 13 ans. Trois internats (Ardèche, Loire, Rhône) donnent environ 200 places de garçons de 7 à 14 ans. Trois internats pour filles dans les mêmes départements offrent sensiblement le même nombre de places. Dans les hôpitaux psychiatriques de l'Ain, de l'Isère et du Rhône, un effort sérieux de rénovation a été fait pour moderniser les sections d'enfants correspondantes. Une section « professionnelle » pour 20 garçons adolescents fonctionne depuis deux ans

dans l'un des demi-internats de Lyon, avec des résultats très satisfaisants.

Malgré cela, les besoins que nous révèle un dépistage sans doute trop dense (ô paradoxe !) ne sont de loin pas satisfaits.

D'autre part, si l'on ne peut manquer d'être frappé par l'insuffisance de nos réalisations pour les adolescents, à l'autre extrémité de l'échelle des âges se fait de plus en plus sentir l'absence d'aide que pouvaient attendre les parents.

En effet, actuellement, le dépistage de cette catégorie d'enfants arriérés ne se fait pas encore suffisamment tôt. Nous souhaiterions que le diagnostic en soit fait à l'âge de 2 ou 3 ans. C'est pour répondre à cette exigence que doit être poussée la création de *pouponnières spécialisées* dans l'accueil de tels enfants à la sortie de services hospitaliers, eux-mêmes spécialisés. En effet, c'est à cette période de 2 à 6 ans, nous en sommes convaincu, qu'un effort de la thérapeutique médicale et la mise en route des rééducations spécialisées doivent être faits. L'effort fait pour donner à ces enfants des schémas moteurs et verbaux est d'autant plus « payant » qu'il sera fait tôt, et c'est à partir de la pouponnière que les rééducations motrices et verbales doivent être poursuivies dans les étapes ultérieures.

Un des éléments qui nous paraissent les plus importants dans cette œuvre de longue haleine, c'est la *liaison avec les parents*, car, pour ce type d'enfants, une sorte d'indignité génératrice de culpabilité plane sur le couple parental. Il est absolument indispensable de les faire parvenir à une notion plus objective des faits, de même qu'il est nécessaire de leur montrer qu'une aide discrète, mais incessante, peut leur permettre de préparer au mieux l'avenir de ces enfants arriérés. Il est certain que les Associations de parents d'enfants inadaptés ont à ce point de vue un rôle dont les services médico-sociaux spécialisés, gardant encore volontiers une attitude « paternaliste », ne mesurent pas l'importance. Ce n'est pas seulement d'une psychothérapie de groupe qu'il peut s'agir, comme certains pourraient le croire, mais bien de la possibilité de faire cesser une ségrégation encore inscrite dans les faits.

IV. — La troisième catégorie : les inéducables (qu'on peut encore considérer comme cependant perfectibles) (Q.I. inférieur à 40).

Le drame pour cette catégorie d'arriérés est l'insuffisance numérique des établissements prévus pour eux. A Lyon, par

exemple, un enfant doit attendre deux ans pour être admis à la section de l'Hôpital psychiatrique départemental qui peut le recevoir.

En réalité, cette optique du placement à tout prix du grand arriéré devrait faire l'objet d'une sérieuse révision. Ce qui est sûr, c'est que l'effort devrait d'abord et sans restriction porter sur l'aide à la famille et viser à lui permettre de conserver un enfant que, dans l'état actuel des choses, elle ne peut effectivement garder, avec un logement trop petit, ou l'absence de tout secours domestique.

C'est ainsi que les *aides familiales* devraient être utilisées au maximum dans les familles ayant un grand arriéré, et recevoir pour cela une formation élémentaire appropriée. Mais de telles aides, multipliées et moins onéreuses qu'elles ne le sont actuellement, relèvent des Caisses d'allocations familiales, et l'on peut dire que, jusqu'à ce jour, ces organismes ignorent cette catégorie de familles, pourtant de moins en moins numériquement négligeable.

S'il s'avère cependant que le maintien de l'enfant dans son cadre familial n'est pas possible (travail obligé de la mère, maladie de celle-ci), c'est d'abord à un *placement familial* qu'il faudrait recourir. Pourquoi ne pas concevoir pour les grands arriérés, dans la première enfance, des placements familiaux qui pourraient s'inspirer de principes analogues à ceux qui ont présidé à la magnifique réussite de l'Œuvre Grancher dans la lutte antituberculeuse ?

Si l'*internat* reste pour de tels enfants un pis aller (et je ne parle pas ici des hospices où l'on trouve encore accueillis les enfants avec des vieillards et des adultes), il doit être envisagé tout de même pour un certain nombre de cas. Mais encore faut-il que ces internats restent d'un accueil humain et que leur personnel sache bien que ces grands arriérés sont perfectibles. N'est-ce pas déjà un succès que l'acquisition de la continence sphinctérienne et de la marche ? Or, cela est possible dans de trop nombreux cas considérés comme « grabataires ».

Malheureusement, c'est ici que l'on affronte le maximum de déboires avec le problème du personnel, déjà si difficile à résoudre pour les autres catégories d'arriérés. C'est ainsi que, si l'on trouve des congrégations religieuses féminines pour s'occuper des filles, aucune congrégation masculine ne semble avoir compris encore que le problème posé par les grands arriérés de sexe mâle est urgent à résoudre dans un cadre qui ne soit plus asilaire.

Conclusions

Il faut évidemment se dire que tout n'est pas possible, que tous les arriérés ne sont ni complètement, ni même partiellement rééducables. Mais les possibilités sont autrement importantes et multiples qu'on ne le croit, même parmi les spécialistes. C'est que l'on commence seulement à étudier scientifiquement le problème de la débilité mentale et ses composantes neurologiques, affectives et sociales. Cet effort, qui ne peut d'ailleurs être fructueux que dans un travail d'équipe rassemblant travailleurs sociaux, psycho-pédagogues, neuro-psychiatres d'enfants... et parents, trouve maintenant une base solide dans les dispositions favorables des textes réglant l'Aide sociale et la Sécurité sociale. Même dans la conjoncture financière présente, cet effort ne doit pas être ralenti. Non seulement aucune des positions actuellement occupées ne doit être abandonnée, car le nombre de ces enfants augmente sans cesse, nous l'avons dit, mais d'autres secteurs doivent être ouverts à notre action.

Deux éléments sont urgents en effet : d'une part, la précocité du dépistage doit amener à s'occuper de ces arriérés très tôt, c'est-à-dire dès 3 ou 4 ans. D'autre part, il est impensable humainement et financièrement d'arrêter cette rééducation, comme cela ne se voit encore que trop, à 14 ans : centres d'apprentissages spécialisés, « ateliers protégés » pour jeunes adultes, sont à créer ou à développer.

Ce qui pose un autre problème, qui n'est plus du ressort du médecin, ni du pédagogue, c'est celui de la minorité légale prolongée. L'Association des « Papillons-Blancs » s'en préoccupe, nous l'avons déjà dit, mais il serait urgent de voir mises à notre disposition d'autres possibilités administratives que celles de la vénérable loi de 1838.

Nous avons posé dans les pages précédentes plus de questions que nous n'avons donné de réponses. Cela n'est-il pas prudence dans l'état actuel de nos connaissances et de nos possibilités humaines et financières ? N'est-ce pas Machiavel qui disait : « n'e parso piu conveniente andar dietro alla verità effetuale della cosa che alla imaginazione d'essa ». La réalité, cependant, c'est que l'effort fourni en France dans certaines régions n'est pas assez connu et que les résultats obtenus n'ont pas encore suffisamment frappé les esprits.

11, place Carnot, Lyon, 2e

DE LA PENSEE ET DES IMAGES DANS LE REVE DEVENIR PSYCHOPATHOLOGIQUE

PAR

le Docteur Adolfo FERNANDEZ ZOILA (*)
et Jean OLIVIER (**)

Depuis la Traumdeutung de Freud, on sait quel relief a pris le rêve parmi les composantes de la personne. L'inconscient, la conscience imageante, le courant onirique, en étroit rapport avec le monde des émotions, centrent l'essentiel de la vie psychologique pour certains et deviennent monstrueusement prépondérants dans l'univers psychopathologique.

Le rêve, forme d'activité élémentaire et régressive, ou manifestation d'une transcendance spirituelle, suivant les auteurs, voit sa signification psychologique osciller autour de ces deux pôles opposés, une explication plus médiane en étant le prolongement avec la continuité de la vie psychique de la veille dont il ne serait qu'une forme mineure ; continuité avec l'activité mentale de la veille qui est loin d'ailleurs d'apparaître clairement en elle-même.

Forme d'extraordinaire activité mentale pour les uns. « Au plus obscur de la nuit, l'éclair du rêve est plus lumineux que la lumière du jour, et l'intuition qu'il emporte avec lui est la forme la plus élevée de la connaissance », c'est ainsi que M. Foucault (1) résume l'opinion de Baader, pour qui le rêve devient la véritable « vision intérieure et objective » (2). Indice de suprême dépassement, « le rêve, comme toute expérience imaginaire, est un indice anthropologique de transcendance », écrira Foucault lui-

(*) Médecin des hôpitaux psychiatriques, C.T.R.S., Villejuif (Seine).

(**) Licencié ès lettres, diplômé d'E.S.U., lycée de garçons, Chambéry (Savoie).

(1) L. Binswanger. — *Le rêve et l'existence*. Introduction et notes de M. Foucault, Desclée de Brouwer, Paris, 1954, p. 56.

(2) L. Binswanger. — *Op. cit.*, p. 55.

même (1), rejoignant la perspective lyrique des poètes : « rêve, chemin secret qui nous ouvre l'accès aux profondeurs de l'esprit », disait Novalis (2), et le propos de J. Cocteau : « le poète aux ordres de sa nuit ». Apport, enrichissement, pouvoir extraordinaire du rêve, dont les manifestations traduisent une dimension spirituelle peut-être inaccessible à l'état de veille.

Dans une orientation bien différente, déjà exprimée par Moreau (de Tours), et très affirmée de nos jours par Henri Ey, le rêve est presque un premier glissement sur la pente de l'aliénation : « Le rêve, en tant que pensée relâchée, nous apparaîtra, non plus comme une monstruosité propre au sommeil, mais comme une forme de pensée inférieure, de basse tension psychologique, analogue dans sa structure aux divers niveaux de la conscience imageante. » (3). Le rêve se rapproche des états psychotiques et névrotiques, et cela non seulement parce que leurs contenus thématiques sont sensiblement identiques, mais aussi parce que « le rêve est au sommeil ce que le délire est au processus générateur des psychoses et des névroses, c'est-à-dire, dans l'un et l'autre cas, l'activité psychique subsistante et positive » (*id.*, p. 188), la dissolution hypnique contenant le rêve de la même manière que les dissolutions pathologiques contiennent le délire dans ses moindres manifestations. La continuité directe du rêve avec la vie psychique de la veille reste admise, de même que les liens entre les contenus psychopathologiques et la ligne de la personnalité.

Nous ne voudrions pas ici entrer dans une longue discussion sur la signification du rêve, mais, en situant le problème par rapport à la vie psychique de l'état vigile, nous aimerions dégager quelques aspects de l'organisation des rêves, les processus de formation des images et leur articulation. C'est là un premier effort, encore insuffisant, visant à faire émerger les liens de continuité de l'activité onirique et de la vie de la veille avec ses points d'origine possible, traduisant non seulement l'immanence du rêve, si l'on peut dire, mais encore l'étroit conditionnement de son existence. Si le rêve nous apparaît comme action inachevée, comme simulacre et artifice, il ne s'ensuit pas de façon évidente que le rapprochement avec les formes d'organisation psychotique ou névrotique de la vie mentale découle aussi directement, c'est ce que nous voudrions ultérieurement étudier.

Dans le présent travail, nous envisagerons une approche psy-

(1) L. Binswanger. — *Op. cit.*, p. 58.
(2) L. Binswanger. — *Op. cit.*, p. 61 (cité par M. Foucault).
(3) Henry Ey. — *Etudes psychiatriques*, t. I, 2e édition, p. 187.

chologique élaborée à partir de nombreuses notations de rêves, et cherchant à préciser quelques caractéristiques des images oniriques. Leurs caractères dialectiques et contradictoires nous ont apparu dans cet important matériel, que malheureusement nous avons dû abandonner dans cette présentation sous peine d'en rendre la lecture longue et fastidieuse. Le chevauchement dialectique des images, leur organisation dans la thématique onirique et leur signification dynamique d'action incomplète et inachevée seront successivement envisagés. L'activité onirique reste compréhensible dans le cadre d'une psychologie de la conduite et éclaire l'approche psychopathologique des faits psychiatriques dans la totalité même des conduites morbides.

⁂

De la nature des images dans le rêve (1)

A) Caractères dialectiques des images

Les différents aspects des images dont nous allons faire l'analyse ne sont certainement pas exhaustifs ; une étude plus approfondie nous en révélerait probablement d'autres. Ils n'en sont pas moins pour autant significatifs du caractère dialectique de l'image.

L'image est une fonction de la vie mentale susceptible de jouer dans une conduite différents rôles. De là naît sa diversité d'aspects : nous la verrons, en effet, passer de simple phénomène parasite à un rôle plus actif ; ici résultant d'une simple association fortuite, plus loin de l'effort entrepris par la conscience pour interpréter et résoudre les différentes stimulations qui la motivent.

1° *Elles sont et ne sont pas distinctes, riches en détails.*

Les images du rêve sont parfois très distinctes, et certaines, non seulement, sont riches en détails, mais témoignent encore d'une certaine unité, d'une certaine cohérence dans l'espace. Déjà, par cet aspect, le rêve n'est pas qu'activité désordonnée et incohérente puisqu'à l'intérieur même de certaines de ses images nous trouvons une certaine unité et une certaine cohérence.

(1) Cf. J. Olivier. — *Etude générale du rêve à travers la formation des images.* Ouvrage dactylographié, 300 pages. Pour de plus larges développements et de riches observations de rêves.

A côté de ces images distinctes et riches en détails, d'autres par contre ne représentent qu'une silhouette ou une partie du corps, ou même se réduisent bien souvent au sentiment d'une présence.

2° *Elles sont et ne sont pas colorées.*

Si les images de nos rêves se développent le plus souvent sur un fond sombre (et pour cause), elles n'en sont pas pour autant toujours dépourvues de couleurs, certaines sont imprégnées d'une très grande luminosité.

3° *Elles sont et ne sont pas absurdes, arbitraires, incohérentes.*

Ce qui frappe le plus souvent les personnes qui s'intéressent aux rêves, les auteurs qui les étudient, c'est le caractère absurde, arbitraire, incohérent de leurs images. S'il est vrai que beaucoup d'images ont ces caractères, ce n'est pas là un aspect inéluctable. En outre, certaines, qui à première vue paraissent absurdes, n'en sont pas pour autant dépourvues de sens et s'expliquent bien souvent à la lumière des conditions qui leur ont donné naissance. Certaines transformations qui surviennent à ces images ne sont pas toujours arbitraires et absurdes, mais correspondent bien souvent à une évolution normale du rêve ou à un déplacement d'intérêt de celui-ci. Nous reconnaissons, avec Freud, que les images du rêve peuvent avoir un sens qui n'est pas nécessairement celui qui nous apparaît à la première lecture du rêve. Elles tirent, pour nous, leur signification soit de leurs rapports avec les faits de la veille, soit encore du travail psychologique qui se joue dans les rêves. Autrement dit, seules les conditions qui donnent naissance à l'image peuvent donner de celles-ci une explication.

4° *Elles ont et n'ont pas de rapports avec les faits de la veille. Existence d'images spécifiquement propres au rêve.*

Parmi les images des rêves, certaines se trouvent avoir un rapport avec les faits de la veille, rapport plus ou moins explicite, mis en évidence par une interprétation plus fine et qui leur donne leur véritable signification. D'autres, par contre, n'ont avec les faits de la veille aucun rapport (du moins apparent), en ce sens qu'elles nous représentent des personnes, des lieux dont nous n'avons aucune connaissance, ou des actes que nous n'avons jamais accomplis. Il arrive aussi que certains traits d'une même image aient des rapports avec des faits de la veille, alors que

d'autres semblent être une pure création du rêve. Nous avons enfin des images qui sont exclusivement propres au rêve, en ce sens qu'on ne saurait en avoir de pareilles à l'état de veille : ainsi cette image claire, distincte, apparue dans un rêve, d'un meuble ayant la particularité d'être composé de chaises, tables, armoires, dessertes, ces derniers étant réunis par des barreaux verts. Il y a là une image composite qui relève d'un travail mental qui semble propre au rêve. A l'état de veille, nous arrivons à concevoir cette image ; mais jamais à la voir avec la clarté et la précision qu'elle avait dans le rêve. Cet exemple ne nous révèle-t-il pas, en outre, une pensée qui non seulement assemble dans une même image différents objets, et cela, peut-être, faute de pouvoir les saisir dans leur individualité, indépendamment des rapports qu'ils peuvent avoir avec d'autres objets, mais qui encore est intimement liée à l'action : la suite du rêve consistait en effet dans la dissociation des différents meubles de cette image. Freud a aussi noté ce caractère composite de certaines images du rêve et leur identification possible à d'autres. On sait qu'il faisait dépendre ces deux caractères d'un des procédés de la censure : la condensation par laquelle certains éléments du rêve latent pouvaient être supprimés, tandis que d'autres, à traits communs, pouvaient se fondre, et il y avait alors dans ce deuxième cas : soit identification de deux images (A, par exemple, représenté dans une attitude particulière de B), soit formation composite : plusieurs images étant alors réunies en une seule (C étant à la fois formé de A et de B ou de certains traits de ceux-ci). Cette interprétation de la condensation nous paraît insuffisante. Ainsi, « quand je rêve que je monte dans un train, je ne saurais identifier ce train, il ne me rappelle aucun des trains que j'ai pu prendre à l'époque que fait revivre ce rêve, et pourtant il est tous ces trains à la fois, bien que ne se rapportant à aucun d'eux en particulier ». L'image d'un tel train, n'est-elle donc pas en quelque sorte la condensation de différentes images de trains particuliers en une seule, et n'est-elle pas ainsi, d'une certaine manière cependant, une abstraction doublée d'une généralisation ?

Piaget s'était efforcé de donner à ce phénomène de la condensation, signalé par Freud, une signification beaucoup plus réelle que celle donnée par celui-ci, la considérant en effet, non comme un procédé de la censure, mais comme un procédé de généralisation et d'abstraction.

Nous devons cependant faire remarquer qu'une telle généralisation, qu'une telle abstraction diffèrent de celles qu'on peut

trouver en œuvre dans la pensée vigile, pensée qui est en effet susceptible non seulement de se connaître en tant que telle, mais encore de saisir pour eux-mêmes et en eux-mêmes les différents éléments d'un même ensemble, alors que celle du rêve ne semble point en être capable, étant étroitement solidaire de l'action imaginaire qui se joue dans ce dernier. Comme l'indique Wallon (1), lorsqu'il distingue l'intelligence de situation de la connaissance : « Ce qui oppose, écrit-il, cette intelligence de situation (définie par lui comme un concours de circonstances qui s'imposent de l'extérieur, actuelles et matérielles) à la connaissance, c'est qu'au lieu de distinguer entre les objets ou les circonstances, elle réalise une sorte d'organisation dynamique où fusionnent, avec les appétits, répulsions, dispositions affectives du sujet, et, avec les attitudes ou les mouvements qui peuvent en résulter, le champ des perceptions extérieures, lui-même sans cesse modifiable suivant les nécessités du moment, les possibilités de l'action, les velléités du désir. Les différents facteurs que les besoins de l'expression et de l'analyse obligent à distinguer entrent chaque instant dans un même ensemble indivis, dans une structure parfaitement une, bien qu'elle varie avec les péripéties et le développement de l'acte. » Nous pouvons reprendre ces idées en les adaptant au problème du rêve, persuadés que celui-ci relève en quelque sorte de l'intelligence de situation (celle-ci étant évidemment imaginaire). Dans cette perspective, nous pouvons dire que la pensée du rêve, loin de distinguer entre les images et les circonstances qui leur donnent naissance, réalise une sorte d'organisation dynamique où fusionnent, avec les appétits, répulsions, dispositions affectives du rêveur, et, avec les différentes sortes d'actes imaginaires qui peuvent en résulter, le champ des images du rêve (champ qui remplace celui de la perception), que celles-ci soient interprétation grossière de stimulations internes ou externes ou traductions symboliques de ces appétits, répulsions, dispositions affectives du rêveur, champ sans cesse modifiable suivant les nécessités du moment (images absurdes par exemple que le rêveur s'efforce d'expliquer), ou les associations fortuites de certaines images. Ainsi, les différentes fonctions du rêve (la condensation par exemple), qui par certains traits peuvent rappeler les fonctions de l'état vigile, n'en sont point pour autant identiques, car elles procèdent d'une pensée qui n'a pas à répondre au même conditionnement et qui ne possède pas les mêmes moyens, une pensée qui n'est rien d'autre qu'un ensemble indi-

(1) H. Wallon. — *De l'acte à la pensée*, p. 16.

vis, bien que ce dernier varie avec les différentes péripéties du rêve.

Dans une telle perspective, la généralisation et l'abstraction qui existent dans le procédé de condensation ne sauraient donc être assimilées aux généralisations et abstractions qui sont en œuvre dans la pensée vigile, et qui servent par exemple à des classifications d'objets, car non seulement elles ne se connaissent pas en tant que telles, c'est-à-dire en tant qu'un certain niveau de généralisation et d'abstraction, mais encore elles n'ont pas le développement autonome de ces dernières, faisant étroitement partie de l'ensemble individis qu'est le rêve et que sous-tend (pour transposer au problème du rêve une idée de Wallon) une pensée « qui ne saurait se fonder sur des termes qui, avant même d'être dans cet ensemble indivis, seraient nettement délimités ». Le rêve semble relever d'une pensée syncrétique qui, loin de pouvoir diriger sa propre organisation, la subit ; elle est comme engluée dans celle-ci.

5° *Elles sont et ne sont pas liées à l'action.*

Ce qui frappe en premier lorsque nous nous penchons sur ce nouvel aspect des images, c'est de voir que celles-ci ne peuvent, en une certaine façon, se concevoir en dehors de l'action qui est en cours dans le rêve. Ceci nous révèle un des aspects contradictoires de l'image des plus importants et nous apporte de précieux renseignements pour situer le rêve parmi les conduites humaines. Le rêve est action ou plutôt simulacre d'action. Les images ont pour rôle de représenter l'action et elles en sont le cadre.

Nous sommes cependant bien obligés de reconnaître que certaines images du rêve peuvent avoir une indépendance relative vi-à-vis de l'action en cours, en tant qu'elles sont une certaine description, par exemple, du cadre même de celle-ci ou des personnes et objets qui y sont engagés, une certaine mise en valeur de détails qui n'ont aucun rapport direct avec elle. Il y a là quelque chose de quelque peu similaire à ce qui nous arrive dans certaines actions réelles lorsque notre attention est attirée par des détails qui n'ont avec celle-ci que de lointains rapports.

Toutefois, même ces images qui ont une certaine autonomie n'en sont pas moins étroitement solidaires de l'action du rêve.

L'image dans le rêve ne semble pas pouvoir avoir de développement véritablement autonome, elle subit le sort de toutes les fonctions du rêve, faisant comme elles partie d'un ensemble indivis d'où elle ne saurait s'abstraire. Mais nous pouvons dire

plus : le rôle de l'image n'est pas tellement dans le rêve de représenter une action, mais bien plutôt d'être cette action elle-même. Si l'image se trouve être dans le rêve la traduction symbolique d'un besoin, d'un désir, par exemple, elle est en même temps leur réalisation sur un plan imaginaire. Elle est ainsi simulacre actif et non contemplation pure.

Néanmoins, on peut trouver dans le rêve des images qui se détachent de l'action, non seulement parce que les détails qu'elles représentent ont un rapport plus ou moins direct avec le déroulement de celle-ci, mais encore parce qu'elles sont véritablement sur le chemin de la représentation pure, en ce sens : 1) qu'elles naissent brusquement à l'occasion d'une association fortuite, n'ayant ainsi qu'un rapport très ténu avec l'action du rêve ; 2) qu'elles sont un genre d'illustration soit d'une réflexion, soit d'un épisode du rêve ; 3) qu'elles apportent quelques indications sur un moyen éventuel d'action, sans pour autant jouer un rôle réel dans celle qui est en cours dans le rêve ; 4) qu'elles viennent rappeler un événement antérieur réel ou irréel ; 5) que le rêveur a conscience de ne pas les vivre d'une façon effective.

6° *Elles sont et ne sont pas isolées.*

Nous avons vu au cours des paragraphes précédents : que les images avaient et n'avaient pas de rapports avec les événements de la veille et qu'elles étaient liées à l'action du rêve, bien qu'il leur soit possible parfois de s'en dégager et de gagner ainsi une certaine autonomie pouvant les conduire jusqu'à jouer à peu près le même rôle qu'à l'état vigile, à savoir se connaître en tant que double de la réalité.

Nous devons voir maintenant : 1) l'étroite interdépendance des images avec les autres éléments du rêve : stimulations externes, internes, émotions, réflexion, etc... ; 2) qu'elles ne sauraient se comprendre en dehors du ou des thèmes qui constituent la charpente de nos rêves.

Pour résumer cet aspect dialectique des images, nous pouvons donc dire : 1) qu'il y a pour les images du rêve de multiples façons d'être ou de ne pas être isolées. Elles sont ou ne sont pas isolées en effet : des faits de la veille, de l'action en cours dans le rêve, des différents éléments qui entrent en jeu avec elle dans le rêve, du ou des thèmes qui constituent ce dernier ; 2) que leur signification réelle dépend de leurs rapports avec les différents facteurs que nous venons de citer.

Il résulte de cette analyse que les images composites des rêves

relèvent d'une pensée syncrétique et qu'étant liées à l'action elles ne relèvent pas d'une pensée contemplative, mais active.

7° *Elles sont et ne sont pas reflet.*

Nous avons déjà vu que, s'il arrivait aux images du rêve de reproduire assez fidèlement des faits de la veille, d'en être le reflet, il leur arrivait aussi de les transformer et d'avoir avec eux des rapports plus ou moins lointains, du moins en apparence.

L'étude des images du rêve montre qu'elles ne sont pas simplement un effort pour interpréter une stimulation, mais qu'elles participent aussi à l'action imaginaire qu'entreprend la conscience du rêveur pour résoudre les tensions nées par exemple de besoins organiques, et que, même dans le cas de l'interprétation d'une stimulation externe, les images ne sont pas pure représentation de celle-ci, mais qu'elles contribuent plutôt à l'action du rêve qui consiste en un effort que tente la conscience pour réduire et s'assimiler avec les moyens qu'elle possède les stimulations qui la motivent. Et c'est là rappeler : 1) le rôle actif des images du rêve ; 2) que la notion de reflet ne saurait se concevoir d'une façon mécanique. Il ne s'agit pas en effet, pour le rêveur, de reproduire purement et simplement une stimulation comme un miroir reproduit une image ; il s'oppose à elle de tout le poids de son inertie, il la nie, et pourtant la développe en une action. Si à l'état de veille nous voulons comprendre par exemple le fonctionnement d'une machine, nous n'opérons pas d'une façon abstraite. La machine s'oppose à nous par sa complexité, comme nous nous opposons à elle par notre ignorance. La comprendre, pour nous, est alors non pas simplement la regarder, mais entreprendre toute une série d'actes qui nous livrent son secret. Il en est de même en rêve : interpréter une stimulation, pour le rêveur, ce n'est pas se la représenter, il en est incapable, mais c'est entreprendre toute une série d'actes imaginaires qui lui permettent en quelque façon de se l'approprier avec plus ou moins de succès ; c'est donc établir entre cette stimulation et lui, rêveur, une série de rapports qui ne sont rien d'autre que les développements qui se greffent sur cette dernière.

Cette série de remarques nous fait mieux comprendre la naissance des images du rêve. Elle est de plus une critique sévère de la théorie de Freud : la censure ne saurait se trouver des images toutes faites dans l'inconscient. C'est le rêveur qui les crée avec les moyens qu'il a (d'où leur certain éloignement de la réalité), pour répondre à une stimulation et essayer de la résoudre. Et c'est pourquoi elles sont à la fois représentation et action et non

pas déguisement des désirs inconscients. Ainsi, si l'image du rêve n'a parfois qu'un rapport assez lointain avec l'objet dont elle est la traduction symbolique, ce n'est donc pas, comme le croyait Freud, pour tromper la conscience, mais par incapacité pour la conscience d'en assurer une représentation exacte.

Le rêveur perçoit des stimulations, qu'elles soient d'origine interne ou externe. Certes, il les perçoit mal, de façon incorrecte, ou approchée, mais il ne les perçoit pas moins pour autant.

B) Problème du symbolisme

En un certain sens, les images du rêve relèvent bien de la définition générale que nous donnons avec Wallon de la fonction symbolique : « pouvoir de trouver à un objet sa représentation et à sa représentation un signe » ; elles sont bien la représentation ou plus exactement le résultat de l'effort que fait la conscience du rêveur pour se représenter les différentes stimulations qui la motivent.

Mais nous avons vu aussi qu'elles étaient cela et autre chose aussi ; qu'elles étaient effort pour résoudre ces stimulations. N'est-ce pas déjà dire, alors, qu'elles ne sauraient se trouver au niveau de la représentation pure qui vaut pour elle-même ?

C'est que l'image du rêve ne se présente pas tant comme le symbole d'une chose ou d'une action ; elle est cette chose, elle est cette action, mais cet objet et cette action sont également le signifié.

Les images du rêve sont donc le double de ce qu'elles signifient, mais un double qui participe intimement à ce qu'il signifie au point de ne pouvoir s'en distinguer aux yeux du rêveur.

En définitive, l'image du rêve est donc plus simulacre que symbole, car elle n'est pas le substitut d'autre chose par de vagues liens de ressemblance ou d'analogie, mais substitut uni à ce qu'il a pour tâche de remplacer par des liens extrêmement serrés de participation : le rêveur aux prises, par exemple, avec un besoin organique, ne cherche pas tant à se représenter ce dernier qu'à le satisfaire par une action qui est le simulacre d'une action réelle. L'image du rêve doit donc être considérée comme un simulacre actif.

Mais ces constatations sur les images du rêve, considérées comme des simulacres actifs, nous amènent à montrer qu'elles ne sauraient tirer toute leur signification non seulement d'objets qu'elles auraient pour tâche de représenter, mais encore de la part qu'elles prennent dans l'action imaginaire du rêve. Les

images du rêve peuvent donc valoir pour elles-mêmes dans le cadre toutefois de l'action imaginaire du rêve : ce n'est pas tant telle image particulière qui est alors le symbole d'autre chose que le rêve tout entier.

Notons encore qu'il peut exister dans nos rêves des images gratuites, c'est-à-dire sans aucune signification réelle, que ce soit avec des faits extérieurs au rêve ou par rapport à l'action en cours dans ce dernier. Ce sont des images dues à des associations fortuites ou provoquées par hasard, à la façon de celles que Penfield a réussi à déclencher par le courant électrique. Elles ressemblent à des images éclairs qui nous passent par la tête, et qu'il serait vain de vouloir expliquer, car elles ne correspondent à aucun effort positif de la conscience, soit de représentation ou de réduction de tension : elles sont de folles avoines dans le champ de notre conscience.

Ainsi, la fonction de symbolisation ne fait pas défaut dans le rêve : les images de ce dernier peuvent être en effet un certain reflet de la réalité, en tant qu'elles résultent de l'effort qu'entreprend la conscience du rêveur pour interpréter et résoudre à la fois des stimulations d'origines diverses. Mais cette fonction de symbolisation n'utilise alors ni des symboles unis simplement par des liens analogiques à ce dont ils sont le substitut, ni des signes dont le rapport à ce qu'ils signifient est arbitraire, artificiel, mais des simulacres actifs. Et cela parce que les images de nos rêves sont étroitement solidaires, au point de se confondre très souvent avec elle, de l'action imaginaire qui se joue dans ceux-ci.

C) Origine et formation des images

L'origine des images est cet effort qu'entreprend la conscience du rêveur pour répondre à différentes stimulations, qui est aussi du même coup ce qui préside à leur formation. Formation et origine sont donc deux termes étroitement unis.

Dans cette perspective, rechercher l'origine des images consistera donc pour nous dans la recherche des différentes stimulations que la conscience du rêveur s'efforce d'interpréter et de résoudre à l'aide précisément d'images, la formation consistant alors à montrer à quel effort particulier de la conscience les différentes images du rêve correspondent, cet effort étant bien entendu dans un rapport dialectique avec la stimulation qui le provoque, dans la mesure même où il est en effet tenté par la conscience pour interpréter et résoudre cette dernière.

1° *Les différentes stimulations qui sont à l'origine de la formation des images du rêve*

On peut relever :

a) *les excitations sensorielles externes,* telles que bruits, sensations tactiles de froid, piqûres, lueurs entoptiques, etc... ;

b) *les excitations de l'ensemble de l'organisme ;*

c) *les excitations purement psychiques* qui semblent avoir deux origines. On pourrait distinguer : 1) *les excitations d'origine psychologique qui proviennent des faits de la veille* et parmi lesquelles nous trouvons : des souvenirs, des préoccupations, des désirs, des conflits ; 2) *les excitations propres au rêve,* parmi lesquelles nous trouvons : des émotions, des sentiments, des réflexions, des désirs, des volitions. Il est évident que ces deux sortes d'excitations s'associent et chevauchent à la fois pour constituer la trame même de nos rêves.

2° *Les différents procédés de la formation des images*

a) *La symbolisation.*

Le premier des procédés de la formation des images, dont les autres nous semblent découler, est la symbolisation, qui consiste à représenter les objets non à l'aide de signes ou de symboles, mais à l'aide d'images-simulacres, voulant marquer par là l'étroite participation de la représentation à l'action imaginaire du rêve.

Il nous appartient maintenant d'expliciter davantage cette notion d'image-simulacre. Précisons tout de suite, afin d'éviter toute équivoque, que la conscience ne crée pas les images selon son propre désir, mais qu'elle les crée parce qu'elle se trouve en conflit avec différentes excitations. Ces dernières font donc partie des conditions essentielles de la naissance des images.

Si nous étudions les rapports qui s'établissent entre la conscience et les excitations d'où vont naître les images, nous voyons alors que la conscience s'efforce : 1° d'interpréter les excitations : c'est là son effort de saisie ; 2° de les faire revivre : c'est là son effort de représentation ; 3° de les réaliser : c'est là son effort de création ; 4° de les réduire : c'est là son effort de résolution. Ces quatre genres d'efforts que nous venons de distinguer pour les besoins de l'analyse sont intimement mêlés. Nous pouvons essayer de nous les représenter de la façon suivante : la conscience dans le rêve s'efforce de résoudre les ten-

sions nées des excitations qui la harcèlent. Aussi cherche-t-elle à saisir ce qu'elles sont. Cet effort l'amène à les revivre pour se les représenter et à leur chercher une solution pour les réduire. Dans les rêves, certains de ces efforts prennent une importance plus grande que les autres, avec lesquels ils restent cependant étroitement unis. L'on peut dire, par exemple, que, dans les excitations sensorielles externes, c'est l'effort de saisie qui dominera ; que dans les excitations des besoins internes, c'est l'aspect résolutif ; que dans les excitations liées aux souvenirs, c'est l'aspect représentatif ; tandis qu'enfin, dans les excitations liées aux désirs, c'est l'aspect créatif qui dominera.

Cette première série de remarques nous montre une fois de plus qu'il n'y a en rêve, ni représentation pure, ni action pure. Tout est intimement lié : excitation-saisie-représentation-création-action, qui sont autant de facteurs de la création des images de nos rêves. Celles-ci sont comme le point de rencontre de ces différentes réactions de la conscience. Aussi, qui veut définir de façon convenable la symbolisation du rêve doit tenir compte de ces différents facteurs d'où naissent les images et leurs rapports.

Nous voyons qu'on ne saurait concevoir la symbolisation du rêve exactement comme Freud. La symbolisation ne consiste nullement à chercher dans l'inconscient des images toutes faites pour déguiser un désir. Elle est le résultat de l'effort de la conscience du rêveur aux prises avec une ou plusieurs stimulations, effort qui consiste à saisir et résoudre celles-ci en créant précisément les images-simulacres qui en permettent la représentation et la réalisation. Les images ne sont donc pas toutes prêtes : elles sont le résultat de cet effort.

Aussi, les images-simulacres de nos rêves, loin de déguiser, comme le pensait Freud, nos désirs, servent à les représenter et à les réaliser. Et si elles n'ont parfois qu'un rapport assez lointain avec l'objet dont elles sont le simulacre, ce n'est donc pas pour tromper la conscience, mais tout simplement parce que cette dernière se trouve dans l'incapacité, par suite des conditions particulières dans lesquelles elle se trouve, d'en assurer toujours une représentation très fine, une réalisation efficace.

Il restera encore à savoir pourquoi la conscience du rêve emploie une telle symbolisation.

Nous pouvons cependant déjà dire que c'est parce que la conscience du rêve ne semble pas pouvoir saisir et réduire comme il le faudrait les différentes stimulations qui la motivent — c'est-à-dire sur le plan de la représentation pure, et de l'action réelle. Aussi s'efforce-t-elle de trouver ailleurs — dans le domaine

de l'image et de l'imaginaire — leur signification et leur réduction. Et si nous poussons plus loin l'investigation de cette fonction de symbolisation dans le rêve, en nous reportant de nouveau aux quatre efforts de la conscience dans la symbolisation — efforts que nous avons pour le besoin de l'analyse séparés —, nous voyons s'établir entre eux deux pôles : a) *un rôle actif et émotionnel,* qui correspond en gros aux efforts de réalisation et de réduction. Nous appellerons ce pôle : *le pôle de la dramatisation,* celle-ci n'étant rien d'autre, en définitive, comme nous allons le voir, qu'une réaction affectivo-dynamique donnant naissance à des émotions, à des images, à des actions imaginaires ; b) *un pôle plus intellectuel,* qui correspond en gros aux efforts de saisie et de représentation. Ce pôle sera *le pôle de la rationalisation.* Ce sont ces deux pôles que nous allons maintenant étudier parce qu'ils sont à l'origine de la formation de nombreuses images et actions fictives.

b) *La dramatisation.*

La dramatisation est le pôle actif et émotionnel de la symbolisation. Nous entendons par là les différentes réactions d'ordre émotionnel et dynamique de la conscience, susceptibles de modifier le cours même du rêve, — étant par là à l'origine de nouvelles images et par suite à l'origine du développement du drame ou histoire de nos rêves, car le rêve n'est pas qu'un simple déroulement d'images : il est une conduite de la conscience élaborée en réponse à différentes stimulations.

Par ailleurs, certaines transformations d'images sont dues à des dramatisations différentes du rêve.

Nous voudrions rapporter là quelques remarques sur les rapports des émotions et des images. Les émotions du rêve tirent leur origine : des émotions de la veille ; d'images-simulacres du rêve ; de sensations organiques. Elles sont à la fois le point de départ du rêve et sa propre régulation ; elles sont création et régulation de la conduite du rêve, ce que Delacroix avait bien noté quand il écrivait que « l'émotion crée autour d'elle une unité et un phénomène d'inhibition ne laissant passer que les images qui lui conviennent » (1). Elles sont à la fois cause et effet.

Ainsi, si certaines émotions peuvent naître de certaines images-simulacres de nos rêves, elles n'en restent pas moins à l'ori-

(1) Delacroix. — Structure logique du rêve. *Revue de métaphysique et morale,* 1904, p. 930.

gine de nombreuses images-simulacres, car, comme le veut Malrieu : « L'image n'est ni un double de la perception, ni un préconcept : elle est une création, mais de l'affectivité. » (1).

c) *La rationalisation.*

L'étude de cet aspect particulier du pôle que nous avons appelé le plus intellectuel de la conscience du rêve nous montre que celle-ci ne perd pas tout jugement critique, qu'elle s'efforce au contraire de saisir et de rationaliser à la fois les stimulations qui la motivent et ses propres créations.

La conscience peut rationaliser par exemple : une inquiétude, un étonnement, un événement du rêve. Il semble que la pensée du rêve ne puisse se dérouler sur le plan des concepts. La rationalisation dont il est question ici se fait, en effet, le plus souvent à l'aide de simulacres, tout en pouvant cependant opérer un certain recul par rapport aux simulacres qui l'entourent. Mais ce recul ne semble pas pouvoir aller très loin : il n'est qu'une étincelle qui ne vit qu'une fraction très courte de temps.

La pensée du rêve semble comme engluée dans sa production qui est ici le simulacre, car si elle peut marquer en quelque sorte un certain recul vis-à-vis de celui-ci, en ce sens qu'elle peut en faire la critique, il n'en reste pas moins que, tôt ou tard, elle en a besoin pour s'exprimer et se réaliser — et cela précisément parce qu'elle a comme perdu l'usage du concept, outil qui lui permettrait de transcender ce dont elle a entrepris de faire la critique.

d) *L'association.*

L'association est une fonction clé dont la tâche est de réunir des éléments déjà constitués, telles les images. Dans le rêve, elle ne consiste donc pas à unir des images qui existeraient déjà, mais elle se fait à l'intérieur même de la création des images — cette dernière étant plus ou moins tendue vers un but précis —, selon que les excitations qui motivent la conscience sont plus ou moins pressantes, plus ou moins impérieuses. Il y a en rêve différents degrés de tension.

Après ces notes sur l'origine et la formation des images du rêve, nous comprenons mieux comment ces dernières naissent, de même que nous commençons à voir comment elles s'organisent pour former la trame même de nos rêves ; la conscience

(1) Ph. Malrieu. — *Les émotions et la personnalité de l'enfant*, Vrin édit., p. 320.

fait face aux différentes excitations qui l'assaillent, et, s'efforçant alors de les interpréter et de les résoudre tout à la fois, donne naissance à des images-simulacres. Mais celles-ci, bien que production de la conscience, peuvent à leur tour la stimuler en lui posant à résoudre de nouveaux problèmes, soit d'ordre émotionnel-dynamique — ce que nous avons appelé dramatisation ; soit aussi d'un ordre quelque peu intellectuel — ce que nous avons appelé rationalisation. Et c'est ainsi que naissent de nouvelles images-simulacres, et que se tisse la trame de nos rêves, dont nous voudrions maintenant essayer d'étudier la structure thématique.

*
**

Structure thématique des rêves

Le rêve n'est pas qu'une succession d'images-simulacres, il est plus ; il est organisation de ces images autour d'un thème. Ainsi, les images de nos rêves non seulement ne sont pas gratuites, car elles sont une réponse de la conscience à des stimulations, mais encore elles ne sont pas isolées : elles ne sauraient, en effet, se concevoir en dehors de l'histoire que la conscience crée avec elle en réponse à ses stimulations.

I. *Les images ne sont que le développement d'un même thème.*

Plusieurs cas peuvent se présenter :

a) Le développement du thème est constitué par une série d'épisodes unie entre eux. Le rêve paraît alors cohérent, donnant presqu'une véritable histoire. Le thème devient la véritable charpente du rêve.

b) On peut, dans d'autres cas, assister, plutôt qu'au développement d'un thème, à la répétition de celui-ci, répétition qui peut avoir lieu : soit dans des épisodes différents, n'ayant entre eux aucun rapport, du moins en apparence ; soit dans des épisodes identiques.

II. *Plusieurs thèmes peuvent interférer dans le même rêve, soit pour se bousculer, soit pour s'associer.*

III. *La motivation des thèmes.*

Pour bien comprendre, en définitive, ce qui est à l'origine des thèmes de nos rêves, il nous faut dire qu'entre une image-simulacre et un thème, il n'y a pas de différences radicales : l'image-

simulacre naît comme le thème du même effort de la conscience pour saisir, revivre, résoudre une stimulation qui la motive. Si cet effort de la conscience prend un long développement, il est thème, c'est-à-dire une série d'images-simulacres qui se trouvent unies entre elles par le fait qu'elles participent du même effort. Si cet effort au contraire ne donne pas lieu à un long développement, nous n'aurons alors que quelques images-simulacres ; celles-ci, malgré une certaine autonomie, n'en doivent pas moins être considérées comme une broderie dans un thème qui reste, lui, la charpente maîtresse du rêve.

Ainsi, toute image-simulacre peut devenir thème, c'est-à-dire prendre un développement tel que le thème dont elle n'était qu'une broderie, qu'un bourgeon, disparaisse à son profit, lui laissant ainsi le loisir de prendre les dimensions d'une véritable histoire. Nous comprenons alors que les différentes excitations qui président à l'origine et à la formation des images peuvent être également le point de départ des thèmes. Rappelons-en quelques-uns, ce peut être : les faits de la veille, les préoccupations propres à l'état du dormeur, les productions mêmes du rêve. Certains de ces thèmes se retrouvent dans les rêves d'un même sujet avec une fréquence notable.

*
**

Le rêve, simulacre d'action

Nous voudrions maintenant dégager de notre description de la nature dialectique des images, et de leur organisation autour des thèmes, les traits qui nous paraissent caractériser d'une façon générale le rêve.

A) *Le rêve est et n'est pas un tout.*

a) *Il est un tout.* — L'étude des éléments du rêve, et en particulier des images, nous a amenés à considérer le rêve comme un tout. Comment comprendre en effet ses images si nous les désolidarisons : 1) *des stimulations :* elles ne sont rien d'autre, en effet, que le résultat de l'effort entrepris par la conscience du rêveur pour saisir, faire revivre, réduire les stimulations qui la motivent ; 2) *des émotions :* nous savons que si certaines émotions sont à l'origine de certains de nos rêves, et par là à l'origine de certaines images, d'autres images, non seulement ont un aspect émotionnel très marqué (je ris, je pleure, je suis angoissé),

mais peuvent encore être à l'origine de certaines émotions : l'émotion se trouvant être ainsi la cause de certaines images, l'effet d'autres ; 3) *de l'action même du rêve :* non seulement elles servent à la représenter, à en être le cadre, mais encore elles doivent être considérées comme étant cette action elle-même, d'où leur caractère de simulacre actif ; 4) *de la rationalisation :* dans la majeure partie des cas, elle se fait à l'aide d'images-simulacres. Et même quand il arrive à cette fonction de devenir quelque peu abstraite, et d'acquérir ainsi une certaine autonomie vis-à-vis des images-simulacres, cette autonomie ne saurait être de longue durée : la rationalisation du rêve ayant tôt ou tard besoin de faire appel à celles-ci ; 5) *des thèmes du rêve :* enfin, les images du rêve sont intimement liées entre elles par leur appartenance à un même thème qui leur donne leur réelle dimension et partant leur véritable signification,

Le rêve forme bien ainsi un tout où les différentes parties non seulement sont solidaires entre elles, mais ne sauraient encore avoir de significations réelles en dehors de leur ensemble.

Mais le rêve ne saurait être considéré, comme l'ont fait certains auteurs, comme un tout n'ayant aucun rapport, aucune commune mesure avec le reste de notre vie psychologique. Nous arrivons ainsi au deuxième terme de la contradiction :

b) *Le rêve n'est pas un tout,* car il se trouve uni étroitement avec la veille. Il garde cependant une certaine originalité :

1) par sa façon toute particulière de saisir et de réduire à l'aide d'images-simulacres les stimulations qui lui viennent de la veille ;

2) par la façon particulière qu'il a de réduire les thèmes de la veille, les rendant parfois méconnaissables par les transformations qu'il leur fait subir ;

3) par la pensée qui le sous-tend : pensée syncrétique qui, loin de contrôler sa propre production, se laisse guider, entraîner par elle.

Le rêve ne saurait donc nous apparaître comme quelque chose de tout à fait à part, d'étrange ou d'absurde, mais comme une nouvelle façon de se conduire de la conscience.

B) *Le rêve est une conduite de remplacement, de simulacre.*

Nous retrouvons dans le rêve les grandes phases des conduites humaines : motivation, réaction, sanction.

Nous n'avons nullement l'intention dans ce paragraphe d'étudier longuement les différentes phases que nous avons déjà ren-

contrées au cours des chapitres précédents. Rappelons seulement :

que le rêve a des motivations réelles : les excitations sensorielles externes, les excitations de l'organisme, les excitations psychologiques ;

que ces différentes motivations entraînent une véritable réaction de la conscience que nous avons appelée complexe émotionnel-dynamique et qui a pour résultat pratique l'image-simulacre, cette dernière pouvant avoir la dimension d'un thème où le rêveur éprouve de nombreux sentiments, raisonne, et se donne l'illusion d'agir ;

que, tout au long du développement d'un thème, au cœur même de la réaction émotionnelle-dynamique de la conscience, des sanctions apparaissent qui viennent le faire progresser. Ces sanctions sont les obstacles internes du rêve : émotions, images-simulacres, rationalisation, sur lesquels la conscience du rêveur vient buter, obstacles qui sont sa propre production et qui lui créent de nouvelles motivations par les émotions qu'ils lui procurent, par les problèmes nouveaux qu'ils lui posent ; obstacles qui lui réclament enfin de nouvelles réactions ;

que le rêve n'apporte que solutions illusoires, imaginaires aux différentes excitations qui motivent la conscience : l'image-simulacre d'une carafe, par exemple, ne pouvant, en effet, étancher la soif réelle du dormeur, de la même façon qu'une orange dessinée — fût-elle fort belle — ne saurait satisfaire un gourmand ;

que le rêve est donc une activité qui n'aboutit pas. Comme le dit Meyerson : « Le rêve est un effort malaisé et un drame virtuel » (1) ;

que la suprême sanction de cette activité d'échec, de cette impuissance de la conscience à résoudre de façon effective ses motivations, est, comme le fait remarquer Meyerson (2), l'angoisse qui étreint très souvent le dormeur : sentiment du fini que nous sommes et de l'infini qui nous entoure ; qui pousse le dormeur à devenir autre, ou à se fondre avec l'infini ;

que le rêve est enfin une conduite de remplacement, de simulacre.

L'action du rêve n'est donc en dernière analyse que le simulacre d'une action réelle, et c'est pourquoi elle n'a aucune efficience réelle et qu'elle aboutit fatalement à l'échec.

*
**

(1) I. Meyerson. — Remarques pour une théorie du rêve. Observations sur le cauchemar. *Journal de psychologie*, 1937, p. 147.

(2) I. Meyerson. — *Op. cit.*, p. 148.

Préliminaires pour une analyse psychopathologique du rêve

La compréhension du rêve exige que nous le considérions comme une conduite de la personne du rêveur, qu'il faut examiner dans sa totalité et rapporter à l'histoire du sujet, si nous voulons la saisir dans son devenir significatif. La conduite rêve est une transposition des désirs, des besoins, des préoccupations, un élan vers l'avenir ou une négation du passé, une conduite dont l'action se joue cependant dans le cadre du présent scénique de la fiction même du rêve.

Il n'y a jamais de coupure entre le rêve et la personne, d'où l'importance significative du rêve depuis Freud. Mais il n'y a pas que projection de désirs, d'affects bloqués et non réellement vécus, ceci est évident, mais interaction plus ou moins directe avec d'autres conduites qui à leur tour se complètent, s'éclairent et s'expliquent par l'effort significatif du rêve. Ces articulations se font sur d'autres registres que celui de la seule affectivité. Dans le rêve, on immole au présent tout ce qui est à faire ou tout ce qui a été fait. Il y a une conduite d'abandon de l'élaboration d'une perspective temporelle lointaine, une impossibilité de création athentique ou un anéantissement fictif d'un passé non intégré, ni jamais réellement conquis. C'est dans un présent de comédie ou de tragédie que les actes prennent corps, dans le cadre scénique de l'imaginaire, limité dans une spatio-temporalité réduite. Il y a des interactions, entre la thématique mélodique du rêve et la monodie temporelle jouée au présent, qui donnent d'autres perspectives psychopathologiques à l'activité onirique.

Des rapprochements rapides pourraient être faits avec la conscience hystérique qui tend à plonger la personnalité névrotique dans un avenir jamais atteint, perspective temporelle lointaine qui sans cesse s'échappe, et qui, rendant l'attente stérile, ramène l'action à un présent dur et opaque dont seul le rêve, sur le chemin d'une possible dépersonnalisation, peut assumer l'accomplissement fictif. Avec l'univers de l'obsédé envahi par un passé qui hante un présent, ni conquis, ni jamais achevé sous peine de soulever des vagues d'angoisse qui plongent l'action dans un recommencement dissolvant et toujours regretté, où le sujet, insatisfait et harcelé par l'inquiétant remords, se dissout à son tour...

Le moi fort s'affirme dans un présent élaboré, conquis, intensément vécu et dont les prolongements modificateurs du monde le confirment dans sa progression temporelle. Le temps n'est pas

que temps vécu, mais temps objectivé dans des actes transformateurs du monde, dont la signification intimement vécue est source de motivation pour un cheminement qui se continue en s'affirmant. Or, le rêve est affirmation dans un présent de fiction, non pas dans l'atemporalité, ni dans le déroulement temporel de l'histoire individuelle, mais dans une temporalité qui se joue dans un présent de drame, dans une temporalité qui est comme parallèle ou juxtaposée, dont les échos et les retentissements sur la temporalisation principale (celle qui représente l'être s'accomplissant dans le réel) peuvent exister et être éventuellement fécondants ; mais il s'agit là d'un cheminement temporel qui reste dans le simulacre, se jouant sur un autre plateau que celui du cadre existentiel de la vie quotidienne. Plus qu'une forme mineure de la personne, la conduite du rêve est une forme autre, différente des conduites transformatrices réelles, et il devient ainsi superflu de parler d'activité spirituelle exceptionnelle. En définitive, tout dépend de ce que la personne consciente et maîtresse d'elle-même fera des productions oniriques. Si le poète y trouve le meilleur de son inspiration, c'est parce qu'un travail antérieur a préparé et suscité une élaboration onirique qui pourra être à son tour utilisée pour les mêmes raisons. Si Berlioz a assisté en rêve à la création d'une symphonie entière, c'est parce que toute sa personne était orientée vers cette création, qui n'a pu être intégrée dans son courant existentiel et authentiquement objectivée dans une nouvelle œuvre ; c'est là un splendide exemple d'action-simulacre, Berlioz ne pouvant pas écrire cette symphonie, celle-ci se joue en rêve et, malgré une organisation musicale qui lui semblait (d'après son récit) pratiquement achevée, le véritable achèvement dans l'action transformatrice n'aboutit pas.

Il y a dans le rêve un rétrécissement de la vie mentale, mais sans véritable coupure avec l'état de la veille. S'il y a moins de précision, sans diminution de l'acuité de la réalité psychologique, le rêve ne représente pas pour autant une forme inférieure du fonctionnement mental avec libération automatique de l'action onirique. Envisager le rêve en tant que régression, en tant que diminution de l'être, c'est y projeter une conception qui ne tient pas compte de la totalité de la personne. L'activité de rêve est une modalité de l'activité psychique où le social, le monde extérieur s'estompent, se nivellent, où le cadre spatial de l'action se rétrécit, où le rôle du rêveur s'accroît, où l'action qui dépend de lui accentue sa responsabilité et son inquiétude, d'autant que cette action reste incomplète et inachevée... Le rêve est un drame

interne que nous nous jouons et que nous jouons mal, mais qui permet un dialogue avec soi-même, dans une perspective de fiction. Ce drame se joue au présent, dans l'instant immédiat, avec un télescopage des dimensions temporelles dans la durée le plus souvent très courte du rêve, où tout prend une plus grande intensité, facilitant le dialogue, le mouvement, la « mise en scène, (le) jeu dramatique où le moi parle à soi-même », comme le dit Meyerson dans ses « Remarques pour une théorie du rêve » (1).

« Le besoin de s'exprimer (dans le rêve) met les choses au présent, car c'est vers l'actualité, l'acte, le présent, vers la coupe instantanée, que tend toujours l'expression totale du moi. » (Meyerson, *op. cit.*, p. 140). L'expression du moi trouve donc, à défaut de la réalité, une expression dans le rêve, et plus que l'aliénation, du moins sous sa forme la plus absolue, c'est une autre modalité d'être que le rêve permet, une façon de vivre en songe dont l'articulation avec la réelle temporalité élaborée demeure possible ; c'est, lorsque cette articulation n'est plus réalisable, lorsque le refuge devient complet dans l'activité onirique, que la folie s'installe et progresse. L'analyse psychopathologique aura à tenir compte des perspectives temporelles, le degré d'insertion de la dynamique du rêve dans la réalité transposant le présent de jeu du rêve dans le projet de futur qui demain sera rendu présent dans la conquête de l'action achevée ; ce sont là des éléments qui témoigneront d'une objectivation forte, qualitativement positive, d'une authentique structuration de la personne. Henri Ey dit : « Mais c'est peut-être plus que la possibilité de rêver, la possibilité de ne plus rêver, qui définit l'homme. » (2, p. 118). Rêver ou ne pas rêver, ce ne peut être là un caractère de la « normalité » psychologique d'une personne qui se construit, dans la mesure même où l'activité onirique et l'activité vigile ne sont que deux formes différentes, mais aussi réelles et authentiques toutes deux, de l'activité psychique humaine. L'homme, dans son cheminement, échappera à l'aliénation et à la folie dans la mesure où il s'affirmera dans la réalisation de ses rêves, et dans l'orientation finale qu'il donnera au devenir de l'activité onirique qui viendra intégrer et potentialiser l'activité de la veille.

(1) Meyerson. — *Op. cit. Journal de psychologie*, 1937, pp. 135-150.

(2) Henri Ey. — Rêve et existence. *Evolution psychiatrique*, 1956, n° 1, pp. 109-118.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance clinique du 9 mars 1959

Présidence : M. J. DUBLINEAU, président

Epilepsie séquelle de paralysie générale guérie (*Présentation du malade*), par M. L. MARCHAND

Dans un mémoire paru dans la *Presse médicale* en 1923 et intitulé *Epilepsie et paralysie générale* (1), j'avais envisagé les rapports possibles entre ces deux affections ; à cette époque, la paralysie générale était réputée incurable, toujours mortelle, de sorte que l'épilepsie chronique séquelle de paralysie générale était un rapport dont on ne pouvait avoir l'idée. On ne connaissait que l'apparition des attaques épileptiformes au cours de la maladie. Depuis cette époque, grâce à la malariathérapie, à la stovarsolthérapie et à la pénicillinothérapie, il en est tout autrement. De nombreux malades sont guéris, d'autres présentent un état mental chronique stabilisé et leurs réactions biologiques sont négatives. On ne doit admettre comme épilepsie séquelle de paralysie générale que les accidents comitiaux qui se manifestent d'une façon chronique chez ces sujets.

Les observations sont rares. C'est ainsi que, sur 386 observations de paralytiques généraux, H. Roger et Alliez (2) notent que l'affection a été compliquée d'épilepsie dans douze cas (3 %) et sur ces douze cas quatre seulement peuvent être considérés comme post-thérapeutiques ; de plus, il s'agit de malades chez lesquels la démence continue à progresser.

Ayant eu l'occasion de suivre à la consultation des épileptiques de l'hôpital Henri-Rousselle, plusieurs sujets qui sont devenus épileptiques après avoir été atteints d'une paralysie générale qui traitée s'est stabilisée, j'ai remis à un de mes élèves ces observations, qui viennent de faire le sujet de sa thèse (3).

L'observation que je présente a trait à un sujet qui, atteint de para-

lysie générale, a été traité au stovarsol. Il est guéri cliniquement et biologiquement, sa récupération sociale est totale ; toutefois, il reste épileptique.

Observation. — L... J. est âgé actuellement de 62 ans. Rien de particulier au point de vue héréditaire. Son père et sa mère sont décédés âgés d'insuffisance cardiaque. L... J. n'a pas eu de maladie grave durant son enfance. Il était intelligent et il a passé avec succès divers examens. Il a appris le métier d'ajusteur. Il n'a jamais fait d'excès alcooliques. Il a contracté la syphilis ; il ne peut donner la date de la contamination. Il est marié et n'a pas d'enfant. Sa femme n'a pas fait de fausse-couche.

C'est en 1935, à l'âge de 38 ans, qu'il présente les premiers symptômes de la paralysie générale, confirmée par tous les examens biologiques. Il est alors soigné à la Salpêtrière par notre collègue Barbé, qui le traite au stovarsol. Le traitement donne un résultat remarquable, et il est suivi jusqu'en 1944, soit pendant neuf ans.

En 1940, cinq ans après le début clinique de la paralysie générale, les premiers accidents épileptiques sont apparus. La première crise s'est manifestée par une chute avec perte de connaissance ; peu ou pas de convulsions ; pas de morsure de la langue, émission d'urine ; courte durée. Il a été traité au gardénal.

Dès le début, les crises sont fréquentes, au nombre de plusieurs par semaine, puis elles se sont espacées. J... L. est suivi à la consultation de l'hôpital Henri-Rousselle depuis 1947. Il présentait alors encore quelques troubles de la parole, consistant en difficulté de s'exprimer, de trouver les mots plutôt que de la dysarthrie. Sa mémoire était défectueuse pour les faits récents ; son émotivité était exagérée, marquée parfois par des pleurs. Les réflexes tendineux étaient très exagérés.

Un examen oculaire pratiqué à cette époque décela des « papilles d'aspect atrophique surtout du côté droit. Les pupilles sont irrégulières ; le réflexe photomoteur est net mais instable ».

L'examen somatique ne présentait rien de spécial. La tension artérielle était de 15-10 ; le cœur normal. Légère leucoplasie. Une ponction lombaire donna les résultats suivants : albumine, 0,50 ; Pandy, ± ; Weichbrodt, 0 ; leucocytose, 1-2. Benjoin : 00000.22222.22000. Meinicke négatif ; Bordet-Wassermann négatif.

En raison de la légère albuminose, L... J. subit un traitement comprenant dix injections de 0 g. 50 de stovarsol. Un examen du fond de l'œil est pratiqué ensuite et donne : « Pupille gauche assez décolorée, mais il n'y a pas de modifications du champ visuel. »

Depuis qu'il est traité à notre consultation, des examens de sang ont été souvent pratiqués. Les résultats ont toujours été négatifs ainsi que ceux de sa femme.

En 1952, J... L. est soigné à l'hôpital Saint-Louis pour ulcères des deux membres inférieurs. La guérison est obtenue rapidement par le cyanure de mercure. L'examen du sang, pratiqué à cet hôpital, a donné des résultats négatifs.

En 1954, phlébite de la jambe droite, qui nécessite l'alitement durant plusieurs semaines. Un nouvel examen du fond d'œil décèle : « Papilles pâles, de coloration stationnaire. Vaisseaux et champs visuels normaux. ».

Depuis qu'il suit un traitement au gardénal ou au ruténal, L... J. n'a plus eu de grandes crises convulsives. Les accidents consistent en absences, qui ont lieu aussi bien la nuit que le jour ; elles sont plus nombreuses quand il ne travaille pas, par exemple pendant qu'il a été alité pour ulcère de la jambe gauche et pour phlébite. Les émotions ainsi que la fatigue ont aussi une action déclenchante. Les absences surviennent très irrégulièrement ; il en a presque toujours plusieurs par mois et rarement plusieurs dans la même journée. En décembre 1956, il en a huit au cours de la même nuit pendant qu'il dormait. Depuis deux ans elles sont devenues moins fréquentes. A la dernière consultation, sa femme n'en avait pas constaté depuis plus de trois mois.

Les absences se manifestent toujours par les mêmes symptômes : pâleur du visage et perte brusque de conscience ; elles sont parfois précédées par une sensation indéfinissable partant des pieds. On note une certaine contracture des muscles, des mouvements de la bouche comme du mâchonnement. L'émission d'urine est fréquente ; pas de morsure de la langue. Durée très courte, de quelques secondes seulement.

Actuellement, L... J. travaille régulièrement. Il est contrôleur de mécanique générale. Il ne présente aucun trouble de la mémoire et il peut faire des calculs compliqués.

Chez ce sujet, âgé actuellement de 62 ans, qui présenta à 38 ans les premiers symptômes de la paralysie générale, et qui fut traité par le stovarsol pendant neuf ans, on peut admettre qu'il s'agit d'une guérison de la paralysie générale puisqu'il a repris sa place dans la communauté et qu'il gagne sa vie. Cependant, il reste atteint d'accidents épileptiques qui, sous l'influence des barbituriques, ne se traduisent que par des absences. Si on ignorait le passé de ce malade non artérioscléreux, qui n'a jamais fait d'excès alcooliques, on pourrait considérer qu'il est atteint d'une forme d'épilepsie idiopathique ; chez lui, toutes les réactions sanguines et liquidiennes sont négatives ; de plus, on ne constate ni égalité pupillaire, ni signe d'Argyll-Robertson.

Dans les observations d'épilepsie séquelle de paralysie générale stabilisée qui ont été publiées, il s'agit toujours de sujets, soit affaiblis mentalement, soit même déments. Il en est ainsi dans le cas de Guiraud et Donnadieu (4). A l'examen histologique du cerveau, toute trace d'inflammation a disparu et il ne persiste que des lésions sclé-reuses névrogliques, des adhérences méningo-corticales, lésions plus ou moins importantes suivant les sujets. Dans le cas que je présente, il en est tout autrement. Le sujet a recouvré un état mental que l'on peut qualifier de normal pour un homme qui a dépassé la soixantaine et qui occupe un poste important. Il est évident que, si la méningo-encéphalite syphilitique, dont il a été atteint, a laissé des traces cicatricielles, elles doivent être très légères et on ne peut que faire des hypothèses en se basant sur ce que l'on note chez des épileptiques idiopathiques intelligents. Comme j'ai eu l'occasion de le constater plusieurs fois, les lésions consistent en simples adhérences méningo-

corticales avec légère sclérose névroglique de la couche moléculaire aux seuls endroits où se trouvent les adhérences. Ce sont vraisemblablement les seules lésions que l'on observerait dans ce cas.

BIBLIOGRAPHIE. — 1. L. Marchand : Epilepsie et paralysie générale. *Presse médicale*, 1923. — 2. H. Roger et J. Alliez : Epilepsie et paralysie générale. Société médico-psychologique, 22 décembre 1938. *Annales médico-psychologique*, t. I, 1938, p. 767. — 3. R. Pasdeloup : De l'épilepsie, séquelle de paralysie générale. *Thèse* de Paris, 1959. — 4. P. Guiraud et A. Donnadieu : Epilepsie, séquelle de paralysie générale. *Annales médico-psychologiques*, t. 2, 1950, p. 338.

Sur un cas de syndrome de Dercum (*Présentation de malade*), par M. Paul Abély et Mme N. Richardeau

Depuis les nombreux travaux consacrés, spécialement au début de ce siècle au syndrome de Dercum, il semble qu'on n'ait plus rien à ajouter aux études et aux observations fouillées auxquelles il a donné lieu.

De multiples thèses ont été faites à ce sujet, divers auteurs se sont intéressés après Dercum à ces lipodystrophies douloureuses, tels : Babonneix, Gilbert Ballet, Borde, Lereboullet, Claude et Sézary, Sicard et Roussy, Rogues de Fursac, Marchand, Lhermitte, Dide et Leborgne, Courbon, etc...

Toutefois, ce syndrome demeure rare. C'est pourquoi nous présentons ce cas à titre documentaire.

Observation. — Il s'agit d'une femme de 56 ans, ménopausée à 50 ans. Depuis le retour d'âge, elle dit grossir régulièrement et pèse aujourd'hui 90 kilos. Elle se trouve avoir gagné 30 kilos sur son poids initial.

Quand on la voit nue, on est frappé par la répartition de la surcharge graisseuse. Sur un fond d'adipose généralisée diffuse, saillent des masses lipomateuses plus ou moins circonscrites, localisées aux hanches et aux membres inférieurs. La face a gardé un aspect normal, elle n'est pas infiltrée de graisse, mais conserve des traits assez fins. Les mains et les pieds sont indemnes. Si le tronc est affecté par l'hypertrophie graisseuse, les avant-bras et le cou sont sensiblement normaux. Par contre, l'abdomen, épaissi et empâté, pend en besace sur la racine des cuisses, les fesses sont comparativement moins touchées. On remarque de volumineuses masses latérales surplombant les épines iliaques supérieures, les cuisses participent à cette lipomatose. L'attention est attirée par un gonflement singulier de la partie externe haute des jambes, sous le genou. Ces deux masses sont, de même que celles du ventre et des hanches, élastiques, rénitentes, non fluctuantes. La peau n'est pas modifiée, lisse, de couleur sensiblement normale. Le muscle sous-jacent ne paraît pas adhérer à ces tumeurs lipomateuses. Celles-ci sont symétriques dans leur disposition et leur volume. Aux membres, la disproportion est flagrante des zones envahies par la graisse et des extrémités intactes. Cette adipose a enfin un caractère douloureux.

En effet, cette lipomatose, tout particulièrement aux jambes, indolore au repos détermine, lors de contractions musculaires, des douleurs spontanées : celles-ci se réveillent lorsque la malade descend les escaliers. Quelquefois, elle éprouve des douleurs nocturnes vagues. L'adipose est nettement douloureuse à la pression et à la palpation profonde. L'effleurement de la peau, son pincement superficiel, et la palpation légère, sont diversement ressentis, impossibles du reste à qualifier précisément, étant donné le psychisme de la malade. Les douleurs spontanées semblent, à ses dires, évoluer par crises et accompagnent souvent l'apparition d'arthralgies de l'épaule ou du genou, sans modification biologique ou radiologique rhumatismale. Les douleurs provoquées sont elles-mêmes variables en intensité. Il est impossible de savoir si la surcharge graisseuse a précédé ou suivi les douleurs.

L'existence de cette adipose douloureuse évoque clairement à l'esprit de l'observateur le diagnostic de « syndrome de Dercum ». Il est encore confirmé quand, aux signes somatiques, on accole les signes psychiques qui ont motivé l'entrée de cette malade à l'hôpital.

Enfant unique, elle naît le 17 décembre 1902, d'un père chaudronnier, sobre, et d'une mère alcoolique, qui meurt de « phtisie galopante » ? quand l'enfant a 8 ans. Elle grandit alors entre son père et une belle-mère dont on n'a rien à dire. A 14 ans, elle n'a toujours pas obtenu son C.E.P. « J'étais un peu arriérée de ce côté-là », dit-elle. Elle apprend la lingerie, travaille dans une pharmacie, puis se marie à 17 ans. Le mari est paresseux, buveur et... infidèle (?). Elle a bientôt, en quatre ans, quatre enfants : à 18 ans, une fille qui meurt à 3 ans de la rougeole ; puis deux jumeaux : garçon et fille, prématurés, morts à 11 jours ; enfin, une fille morte de méningite à 2 ans.

Jusque-là, pour autant qu'on puisse le savoir, son existence n'offre aucune particularité d'un comportement morbide. Aussi est-on surpris d'apprendre que brusquement, à 25 ans, elle se livre à la prostitution, et ceci avec la complicité du mari. Dans le même temps, elle prend des habitudes d'intempérance (pernod, vin blanc...). Un an plus tard, elle contracte la syphilis. Celle-ci est correctement traitée pendant six ans (quinby, novar, etc...). Seulement, dit-elle, « si j'ai eu une vie tourmentée, je suis une pauvre victime, et le trottoir je l'ai fait en grand, mais proprement ; j'étais très bien habillée, très bien coiffée... ».

Elle aurait rendu sa « carte » quelques années plus tard, et repris « la vie de ménage ». Elle continue à boire. Son mari, manœuvre, meurt d'un cancer de la gorge en 1953. Elle subit après sa mort, au château du Bel-Air, une cure de désintoxication. C'est le moment de sa ménopause.

Alors commence pour elle une nouvelle étape de son existence, marquée par la déchéance sociale progressive. Depuis six ans, elle erre de centres d'hébergement en asiles de nuit (œuvres de l'Abbé Pierre, Armée du Salut, hospice de Nanterre). Toute reprise de travail est abandonnée dans les plus brefs délais, parce qu'elle se sent fatiguée. Cette asthénie croissante lui a du reste permis d'être à l'invalidité et de jouir d'une petite pension.

Quand on la voit à l'hôpital, où elle a cherché refuge, on se trouve devant une femme aux attitudes doucereuses, cauteleuses, obséquieuses, dont les expressions truculentes et veules, les propos sournois, indisposent immédiatement l'observateur.

Elle semble hyperémotive, craint l'examen médical et n'aime rien tant

que l'intérêt qu'on lui porte dans la mesure où il n'est suivi d'aucune sanction.

Ses yeux s'embuent facilement, et les thèmes sont tout de suite invoqués et idéalisés, de la mort de son mari, responsable de cet alcoolisme dont elle était « victime », et d'un désarroi affectif justifiant toutes les conduites, de la mort de ses enfants et de la misère, qui l'ont amenée à se « débrouiller ».

On s'aperçoit très vite qu'elle modifie, suivant les besoins, les dates et les faits. On se pose la question d'une mythomanie sous cette attitude hypocrite, en raison de l'invraisemblance des explication alléguées.

L'affectivité est très émoussée. Elle ne semble pas avoir été très attachée à ce mari buveur et incapable. Le sentiment maternel, s'il a existé, s'est vite éteint chez elle, et cette sensiblerie pleurnicharde semble plus circonstancielle que réelle.

Le jugement moral est très affaibli. Toutefois, ce qui frappe le plus, c'est l'imprécision de ses souvenirs. Les troubles de la mémoire touchant le passé récent, elle est incapable de donner un *curriculum vitæ* cohérent de ces dernières années ; elle s'embrouille dans les dates et se contredit. Suggestible, elle veut bien tout ce qu'on veut et situe les événements un peu au hasard comme elle les « sent ». Cette dysmnésie ne l'affecte aucunement et puérilement en rend responsable le séjour hospitalier.

Les troubles mnésiques touchent également les faits anciens ; elle ne sait plus à quel âge elle a eu ses enfants, et les dates fournies sont variables d'un examen à l'autre.

Tout cet ensemble de troubles suggère la possibilité d'un affaiblissement intellectuel avec impossibilité d'existence autonome.

Des tests psychologiques de niveau ont été pratiqués. En voici les conclusions : Au Weschler, le niveau obtenu est normal, médiocre : échelle verbale, 83 ; échelle performance, 89 ; échelle complète, 86. Il n'y a pas de discordance entre les réussites verbales et celles de performance, mais par contre une discordance nette (et significative psychométriquement) entre les épreuves qui « tiennent » et celles qui ne « tiennent pas ».

Cette « dégradation » des facultés intellectuelles mise en évidence par l'épreuve de Weschler se retrouve dans l'épreuve graphométrique : en effet, l'écriture comporte tous les éléments de détérioration, et ceci peut être mis en rapport avec l'alcoolisme (ces malades alcooliques ont habituellement des signes précoces de détérioration du graphisme). Ce graphisme est également très mauvais, aussi bien dans une copie de formes géométriques (Bender) qu'à la reproduction de mémoire des figures du Benton).

Par contre, la reconnaissance des figures géométriques, de même que la fixation mnésique à une épreuve de mémoire concrète sont d'un niveau normal. En cours d'examen, la malade verbalise de manière excessive et passe par des moments de grande excitation.

En conclusion, on peut penser qu'on se trouve en présence d'une dégradation des possibilités intellectuelles. »

Et on se prend à penser que cette « pauvre femme qui se frappe beaucoup » (*sic*), qui se « gourre de dates », hypocondriaque et déprimée, est effectivement une épave sociale asthénique et déficitaire, à laquelle il ne reste plus que ce mirage d'être encore « une femme courageuse, qui a bien du mérite » (*sic*).

Dans le service, elle est calme, son asthénie est encore compatible avec une activité réduite. Elle est présente et bien orientée.

Un examen physique complet et des épreuves complémentaires s'imposent devant un tel tableau clinique. Notons qu'il n'y a pas d'antécédent familial similaire. Il n'y a pas non plus d'antécédents morbides personnels, mise à part une syphilis ancienne n'ayant pas laissé de stigmates spécifiques ; les examens du sang (Bordet-Wassermann) ont toujours été négatifs depuis la mise en route du traitement, il y a de cela trente ans.

Mis à part aussi un éthylisme chronique avec épisode subaigu onirique qui justifia une désintoxication et la prise d'espéral pendant neuf mois, elle serait sobre depuis lors.

Dans les antécédents gynéco-obstétricaux, pas de fausse-couche, trois grossesses et accouchements normaux. La ménopause est acquise sans incident. On note une intervention pour rétroversion utérine vers 33 ans.

A l'examen actuel : aucune anomalie cardio-vasculaire, tant sthétacoustique qu'électro-cardiographique ; la tension artérielle est à 18/9, le pouls à 100 ; les poumons sont libres ; le transit digestif est normal ; le foie est impossible à palper ou à percuter sous l'épaisseur de la paroi abdominale. La langue est propre, l'abdomen souple.

La notion d'antécédents alcoolique et syphilitique donne une orientation et une valeur particulière à :

1) *L'examen des signes neurologiques.* — La motilité est conservée, la force musculaire normale. La démarche est lourde, embarrassée par la surcharge graisseuse ; la malade marche les pieds un peu écartés, élargissant son polygone de sustentation ; elle talonne un peu et regarde parfois ses pieds, sans que ces signes aient le caractère hautement significatif d'une démarche tabétique. Il n'y a pas de Romberg. Il n'y a ni troubles du tonus, ni troubles de la coordination des mouvements. Les réflexes ostéo-tendineux sont difficiles à percuter en raison de l'obésité. Ils sont égaux, symétriques mais faibles. Le cutané plantaire se fait en flexion. La sensibilité objective superficielle est normale à tous les modes, de même que la sensibilité profonde arthrocinétique et stéréognosique. Pas de signes de polynévrite. L'étude des paires craniennes ne révèle rien d'intéressant.

Signalons que cette malade est une insomniaque habituelle, avec des cauchmars assez fréquents. Elle présente un tremblement digital court et rapide qu'on peut mettre sur le compte de l'émotion (pouls accéléré).

Il n'y a pas de tremblement lingual, pas de fibrillations. Il n'y a pas de dysarthrie. Les pupilles sont symétriques, égales et régulières, et réagissent bien à la lumière. On n'extériorise aucun trouble sensoriel, tant auditif que visuel à un examen grossier.

Le liquide céphalo-rachidien est normal, le Bordet-Wassermann négatif et le benjoin colloïdal précipite dans les tubes médians. Le fond d'œil est sain.

Un électro-encéphalogramme constate une dysrythmie globale « telle qu'on peut en voir dans les états déficitaires très progressifs ou dans les atteintes générales chroniques métaboliques ou hormonales ».

Une radiographie du crâne latérale montre des modifications de la selle turcique : flou et décalcification des apophyses clinoïdes postérieures et de la lame quadrilatère. Il n'y a pas de signe de trauma cranien.

2) *La recherche de signes trophiques et endocriniens.* — La peau est normale. La pilosité est réduite et clairsemée spécialement au creux axillaire

et à la queue du sourcil. Le métabolisme basal est abaissé de 0,5 %, la calcémie égale à 102 mg. Il n'y a pas de glycosurie. On note une polydypsie et une augmentation de l'appétit.

En bref il s'agit, chez une femme en période post-ménopausique, d'une adipose douloureuse du type syndrome de Dercum avec asthénie et troubles psychiques.

Un passé alcoolique et syphilitique et la survenue tardive de l'obésité viennent poser des problèmes étiologiques complexes. On a vu que, des examens complémentaires, seule la radio de la selle turcique est instructive.

A) Une première mise au point diagnostique doit être faite : ce syndrome d'adipose douloureuse, bien constitué à forme mixte, s'individualise nettement par sa répartition : des dystrophies nodulaires du tissu sous-cutané ; de la maladie de Recklinghausen ; des lipomes symétriques des extrémités ; des formes diffuses ; de l'adéno-lipomatose décrite par Lannois et Bensaude ; de l'obésité banale où la graisse est diffuse.

Plus proche serait la lipodystrophie progressive caractérisée par « la coexistence d'une atrophie progressive de la graisse occupant la face, le tronc et les membres supérieurs avec hypertrophie graisseuse des membres inférieurs » (Léri).

B) Plus délicat et plus intéressant est le problème diagnostic des troubles psychiques. Les auteurs ont souligné la variété et le polymorphisme de l'état mental du Dercum, de sorte que ce syndrome n'a pas de signes psychiques univoques. Faut-il y voir des signes propres à cette affection ou pour certains d'entre eux la résultante de facteurs extrinsèques concomitants, et dans le cas qui nous occupe : un déséquilibre mental, une syphilis accidentelle, les troubles encéphalotoxiques de l'alcool, la ménopause et son cortège endocrinien, les troubles hypophyso-hypothalamiques ?

Notre souci de discrimination des facteurs étiologiques nous amène tout d'abord à différencier les perturbations psychiques de notre malade de l'involution démentielle sénile. Cette femme est encore jeune. Par ailleurs, comme cela a été fréquemment constaté dans le syndrome de Dercum, c'est ici la dysmnésie qui semble primordiale. Il n'y a pas d'amnésie véritable. On ne trouve pas non plus cette apathie, cette euphorie vague des presbyophrénies. Elle est déprimée, bradypsychique, inapte à tout effort intellectuel.

L'alcoolisme ne peut pas davantage expliquer à lui seul les troubles psychiques de cette malade. Elle n'a pas de fausses reconnaissances, ni de fabulation, ni de signe de polynévrite éthylique. Par contre, on sait que Dercum lui-même avait rapporté l'étiologie de ce syndrome à l'intoxication alcoolique par l'intermédiaire d'un processus polynévritique. On a pu citer des observations (Roux et Vitant, Deny et

Leplay), où un syndrome de Dercum authentique s'alliait à des signes de polynévrite et à un syndrome de Korsakow atténué. Il ne semble pas exclu qu'un certain degré d'encéphalopathie toxique intervienne ici dans la forme des troubles psychiques observés. Il est difficile *in vivo* de faire sa part.

La syphilis ne semble pas jouer de rôle déterminant chez notre malade ; elle ne présente aucun signe neurologique et sérologique de paralysie générale. Signalons que des observations relatant une association possible de paralysie générale au Dercum, ont été publiées (par ailleurs, un cas d'hérédo-syphilis chez une jeune femme présentant le syndrome a été noté à l'étranger).

L'épilepsie ne peut pas être retenue puisqu'il n'y a pas de signe de comitialité, tant clinique qu'électro-encéphalographique. Il reste que cette malade est en période post-ménopausique et que, comme on l'a maintes fois fait remarquer, c'est avec le retour d'âge qu'apparaît l'adipose.

Jayle faisait remarquer à propos de l'insuffisance ovarienne des signes voisins : abattement, affaiblissement mnésique, troubles du caractère avec instabilité, ou hypocondrie, ou tristesse. Sicard et Roussy voyaient le début de l'affection immédiatement après ovariotomie. Les troubles de la sécrétion interne de l'ovaire semblent donc jouer un rôle dans l'apparition de l'affection. Notre malade en est un exemple.

Des troubles thyroïdiens et parathyroïdiens ont été souvent mis en cause. Il semble que, dans ce cas, cette hypothèse ne se vérifie pas nettement : le métabolisme basal et la calcémie sont normaux. Il n'y a pas de signe clinique net d'hyper ou d'hypothyroïdie.

Le rôle de l'hypophyse est plus plausible. Des modifications radiologiques de la selle turcique ont été constatées chez cette malade, sans qu'on puisse encore se prononcer sur leur signification exacte.

Dercum, Mc Corthy, Guillain et Alequier ont pu constater à l'autopsie d'un certain nombre de cas des lésions nettes de la glande pituitaire. Peut-être cette voie serait-elle féconde ? Mais on sait aussi, avec Long et Bickel, « que l'importance trophique du système nerveux sur le développement du tissu adipeux s'affirme comme essentielle ». Il n'est pas interdit de penser que les régions encéphaliques voisines sont également intéressées.

Il nous semble, pour conclure, que le cas de cette malade doit relever de troubles pluriglandulaires et plurimétaboliques, créant peut-être une intoxication endogène. L'appoint toxique exogène, par un processus indéterminé, vient perturber le rôle du système nerveux dans le trophisme cellulaire et modifier le psychisme.

Ceci est une hypothèse que certains auteurs avaient déjà soulevée à propos de quelques observations. Le cas de notre malade vient s'ajouter à la liste déjà longue des maladies de Dercum, aux étiologies fort complexes.

Discussion

M. Marchand. — Je remercie M. Paul Abély d'avoir signalé l'observation de maladie de Dercum que j'ai publiée avec Nouët (1) il y a bien longtemps. Il s'agissait d'une femme atteinte d'imbécillité congénitale et d'épilepsie. C'est à l'âge de 49 ans, après la ménopause, qu'apparut le syndrome de Dercum comme dans le présent cas. La malade est morte à 58 ans d'une affection pulmonaire. De tous les organes, la glande thyroïde seule était anormale. Elle pesait 172 g. A l'examen histologique, les lésions consistaient en une agglomération confluente des vésicules entourée de tissu fibreux, véritable tissu néoformé adénomateux. Dans d'autres régions, divers îlots présentaient les lésions du goitre méro-folliculaire enkysté. Les ovaires étaient dépourvus de follicules de de Graaf et étaient scléreux, altération commune chez les femmes ménopausées. Nous avions émis l'hypothèse que les altérations dystrophiques pouvaient être sous la dépendance des altérations de la glande thyroïde et que l'insuffisance ovarienne était venue surajouter son action au fonctionnement défectueux de la glande thyroïde.

Paralysie générale ayant évolué vers un état de rigidité avec troubles trophiques, par MM. Xavier Abély et Paul Guiraud.

Observation. — Il s'agit d'une paralysie générale tardive et tardivement traitée. Lorsque en 1954 Mme C..., alors âgée de 56 ans, est entrée dans notre service, la maladie évoluait en réalité depuis assez longtemps. Comme la malade s'était livrée à quelques excès éthyliques, elle avait été d'abord internée pour un épisode d'allure subaiguë, qui avait été suivi d'un affaiblissement mental pris pour une démence alcoolique. Le diagnostic était assez délicat, en effet, en raison des antécédents, de l'équivoque du syndrome neurologique et de la négativité des réactions spécifiques dans le sang. La malade avait été rendue à sa famille, qui la gardait ainsi depuis de nombreux mois et qui ne s'était décidée à l'hospitaliser à nouveau qu'à cause de sa turbulence de plus en plus gênante.

A l'entrée, on se trouvait en présence d'un état démentiel global avec gros troubles de la mémoire, obtusion, inconscience de la situation, indifférence, incurie, désordre du comportement. Au point de vue neurologique, on observait : tremblement digital et lingual, dysarthrie importante, pupille droite mydriatique et inerte à la lumière (l'œil gauche étant atteint de cataracte) ; réflexes rotuliens et achilléens abolis sans signes ataxiques nets. Les réactions spécifiques étaient toujours négatives dans le sang, mais on trouvait dans le liquide céphalo-rachidien : Bordet-Wassermann, +++ ; Pandy et Weichbrodt, + ; albumine, 0,80 ; benjoin, 22222.22222.21000. Après avoir amélioré l'état général déficient, Mme C... était impaludée puis traitée par des séries de pénicilline et de bismuth (le stovarsol étant contre-indiqué). Une certaine rémission se manifestait alors avec un regain de lucidité et d'activité. Plusieurs mois se passèrent ainsi, la maladie paraissant fixée. Mais, au début de 1957, c'est-à-dire plus de deux ans après l'entrée, com-

(1) L. Marchand et H. Nouët. — Etude anatomo-pathologique d'un cas de maladie de Dercum chez une imbécile épileptique. *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, n° 2, mars-avril 1911.

mença à se développer un syndrome d'hypertonicité, donnant l'impression d'une maladie nouvelle, qui devait évoluer progressivement vers une contracture intense. La mobilité des membres fut d'abord de plus en plus gênée ; l'alitement continu s'imposait bientôt ; la malade ne pouvait plus se nourrir seule.

Rigidité. — En quelques mois, la rigidité se généralisait et devenait considérable, réalisant le tableau suivant : la contracture des membres supérieurs était en flexion extrême, portant sur les bras, les avant-bras, les poignets, les doigts qui s'incrustaient dans la paume des mains. Les membres inférieurs étaient en extension des plus forcées au niveau des cuisses, des jambes, des pieds et des orteils. La contracture était égale des deux côtés. La rigidité ne concernait pas seulement les membres, mais aussi le tronc, les muscles vertébraux, la nuque, la face enfin : le visage était figé, les yeux fixes ; l'exploration de la vision était impossible ; la seule mobilité constatée au niveau de la face était un mouvement des mâchoires avec grincement régulier et presque continu des dents. En somme, le tableau clinique présentait des éléments à la fois d'un syndrome pyramidal et d'un syndrome extra-pyramidal, mais fort imparfaits. Les réflexes rotuliens et achilléens restaient abolis ; le signe de Babinski n'était pas trouvé. On n'observait aucun phénomène moteur paroxystique ; il était impossible de rechercher les réflexes de posture, aucune modification ne pouvant être apportée à la position des membres ; le tremblement avait disparu. Mais, sans doute, s'étaient produites des rétractions tendineuses qui bloquaient toutes les réactions motrices. Il est important d'insister sur l'intensité extrême, la constance et la généralisation de cette rigidité, qui faisait du corps de cette malade un bloc absolument soudé que l'on ne pouvait déplacer que dans le sens latéral et dont aucune partie n'était malléable. Il est presque inutile d'indiquer que les traitements tentés à l'aide du décontractyl et du coltramyl furent sans effet.

Troubles trophiques. — A ce syndrome de contracture s'ajoutaient d'importants troubles trophiques. L'atrophie musculaire, très nette sur les membres inférieurs, était masquée aux membres supérieurs par une infiltration œdémateuse. Les œdèmes étaient surtout évidents au niveau des coudes, des poignets et des mains. Des escarres se produisaient, non seulement à la région fessière et sacrée, mais aussi aux coudes et aux poignets. Les altérations étaient plus profondes encore. C'est ainsi qu'au niveau du poignet droit l'escarre s'est peu à peu étendue, entraînant une nécrose des tendons et de tous les plans sous-jacents et atteignant l'articulation ; cette nécrose s'associait à une atrophie ou une érosion des extrémités osseuses, réalisant une ostéo-arthrite très grave. Le poignet est devenu ballant, la main paraissant ne plus tenir que par quelques fibres ; il a fallu intervenir chirurgicalement pour parfaire l'amputation, en régularisant l'extrémité inférieure de l'avant-bras. Notons que tout ce processus destructeur a paru absolument indolore. Il était certes impossible d'explorer les diverses sensibilités, mais l'analgésie paraissait complète. Bien que cette malade ait longtemps présenté quelques signes discrets de tabès, cette mutilation rappelait davantage certains troubles trophiques considérables observés dans la syringomyélie.

Pendant ce temps, l'état mental évoluait lui-même vers une démence de plus en plus profonde. Aucun contact n'était possible avec la malade ; l'ob-

tusion était complète ; le langage était aboli sans que l'on ait pu noter une phase intermédiaire d'aphasie. L'activité se bornait à l'émission de quelques cris inarticulés. La malade mourait dans un état de cachexie en juillet 1948.

Examen anatomo-pathologique

Examen macroscopique. — Dilatation ventriculaire importante du IIIe ventricule et des ventricules latéraux. Atrophie des circonvolutions très manifeste. Diminution globale du poids du cerveau : hémisphère gauche, 485 g. ; hémisphère droit, 500 g.

Examen microscopique. — *Ecorce :* Pie-mère très modérément épaissie, non infiltrée. Cependant dans le fond, entre les circonvolutions, on trouve une prolifération vasculaire avec des foyers peu nombreux de réaction périvasculaire à lymphocytes. Les diverses circonvolutions étudiées présentent un aspect identique : le nombre des cellules pyramidales ne paraît pas beaucoup diminué, la stratification est conservée. Le noyau des cellules pyramidales est plus colorable que normalement ; le nucléole perd son aspect régulièrement circulaire pour devenir polycyclique et entouré de grains d'acide nucléique plus nombreux que normalement. Le cytoplasme est parfois réduit, homogène, sans grains de Nissl distincts. Disparition des neurofibrilles cytoplasmiques remplacées par une masse amorphe. Persistance des neurofibrilles dans les prolongements, granules graisseux à la base de quelques cellules pyramidales. Gliose marginale et profonde avec dégénérescence et fragmentation des gliofibrilles (clasmatodendrose). Cette lésion est encore plus accentuée dans la substance blanche. On ne remarque que très peu de cellules microgliques en bâtonnet. Les vaisseaux dans la substance grise et blanche ont presque partout une paroi épaissie avec noyaux plus nombreux que normalement. Rétrécissement de la lumière vasculaire. D'assez nombreux vaisseaux présentent une dégénérescence calcaire ou pseudo-calcaire de la paroi bien visible par la coloration à l'hématoxyline et située entre l'endothélium vasculaire et le collagène de l'adventice.

Noyaux gris centraux : Chromatolyse centrale des cellules nerveuses, prolifération oligodendroglique, dégénérescence du tissu nerveux autour des vaisseaux, début d'état spongieux.

Putamen, noyau caudé : Beaucoup de cellules nerveuses pigmentées, prolifération de l'oligoglie.

Pallidus : Structure myélinique normale. Cellules en général mal colorées, quelques-unes arrondies ou ovalaires. Dans quelques vaisseaux, légers foyers d'infiltration lymphocytaire. Dans certaines régions du pallidus, nombreuses sphérules périvasculaires bien régulières, de volume variable, colorées par le Nissl et par l'hématoxyline. Gliose importante.

Substance innominée de Reichert : Semble normale à un faible grossissement mais le cytoplasme des cellules présente une dégénérescence lipidique à peu près complète.

Noyau amygdalien et corne d'Ammon : Désagrégation du tissu autour des vaisseaux. Etat spongieux dans la corne d'Ammon. Prolifération oligoglique. Gliose importante.

Tuber : Début d'état spongieux dans le corps mamillaire. Prolifération oligoglique. Noyau para-ventriculaire à peu près normal. Noyau de la bandelette, cellules nerveuses atrophiées dans la partie interne.

Bandelette optique : Surface très diminuée. Les méthodes myéliniques ne colorent de fibres à myéline que dans la partie centrale. Gliose accentuée se confondant avec la gliose des formations nerveuses voisines.

Locus cœrullus : Cellules bien pigmentées, agglomérations neuro-fibrillaires, dégénérescence lipidique des cellules en voie de destruction, masses pigmentaires en plein tissu indiquant la place des cellules détruites. Gliose très importante avec nombreuses cellules araignées.

Locus niger : Dans sa partie moyenne et externe structure à peu près normale, mais dans la partie interne, sur toute la hauteur, les cellules sont nettement ratatinées et apparaissent parfois comme des masses irrégulières de pigment. Il est probable qu'il s'agit de lésions atrophiques par trouble vasculaire local.

Protubérance : Gliose diffuse.

Bulbe : Gliose très développée dans les olives des deux côtés et à la périphérie, particulièrement dans la région épendymaire, cellules olivaires homogénéisées. Les cellules des noyaux sensitifs, en général ratatinées, sont situées dans des zones de désagrégation (état spongieux).

Moelle épinière : Le renflement cervical écrasé au cours du prélèvement n'a pu être étudié. Les colorations myéliniques montrent une légère dégénérescence des faisceaux pyramidaux dans le cordon latéral des deux côtés. Dans toute la hauteur de la moelle étudiée, la lésion la plus frappante est l'atteinte épendymaire. La cavité épendymaire normale est remplacée par une prolifération très importante et irrégulière des cellules épendymaires, réaction collagène autour de cette masse proliférée. Démyélinisation de toute la région grise moyenne. Les cellules des cornes antérieures ne semblent pas beaucoup diminuées en nombre mais presque toutes sont en chromatolyse très nette. Epaississement de la pie-mère. Sclérose des racines, surtout postérieures ; disparition de nombreuses fibres nerveuses. Prolifération des fibres collagènes. La recherche des spirochètes a été négative (écorce et noyaux gris centraux).

Commentaires

Cette observation nous a paru intéressante à plusieurs points de vue.

Au point de vue clinique, nous voyons une paralysie générale classique se transformant, après une période de rémission prolongée, en un syndrome tout différent, remarquable par l'intensité et la généralisation de la contracture ainsi que par la gravité des troubles trophiques et par la rapidité de sa marche, comme si une nouvelle maladie évoluait, en quelque sorte, pour son propre compte.

Au point de vue anatomo-pathologique, le diagnostic de paralysie générale serait également impossible sans la connaissance des antécédents ; on penserait à une artériosclérose cérébrale. Il semble que,

dans certains cas, après extinction du processus inflammatoire syphilitique par le traitement (et peut-être quelquefois spontanément), à l'inflammation fait place un processus progressif de sclérose vasculaire et névroglique. On peut même se demander si les lésions cellulaires ne résultent pas plutôt du processus de sclérose secondaire que du processus inflammatoire primitif.

Par ailleurs, devant une atteinte si généralisée et le défaut de prédominance des lésions à une région déterminée, il est difficile d'apporter une interprétation anatomique assez satisfaisante des symptômes cliniques particuliers (contracture et troubles trophiques). Nous devons rappeler cependant l'existence des lésions centro-médullaire, péri-épendymaire, l'atteinte du locus coeruléus, du pallidus et de la substance innominée de Reichert, qui sont certes importantes, mais qui paraissent insuffisamment intenses pour expliquer la gravité extrême des troubles observés.

Discussion

M. Marchand. — Dans l'observation présentée, il s'agit d'un syndrome de décérébration cérébrale. Je ne crois pas qu'une nouvelle affection est venue se développer chez cette malade atteinte de paralysie générale antérieurement traitée. On peut noter ce syndrome terminal dans toutes les affections qui aboutissent à une atrophie considérable du cerveau comme dans le cas actuel.

L'examen histologique décèle ici la présence d'une légère infiltration méningée au fond des sillons et une raréfaction du parenchyme cérébral autour des vaisseaux des noyaux gris centraux, une altération partielle du locus niger. On peut admettre qu'il s'agit d'un processus résiduel de la paralysie générale. Ce qui reste inexpliqué, c'est sous quels facteurs ce syndrome de contracture généralisée avec troubles trophiques s'est développé si rapidement.

La séance est levée à 11 heures 30.

Séance ordinaire du lundi 23 mars 1959

Présidence : M. J. DUBLINEAU, président

Décès du Docteur L. LAGRIFFE

Allocution de M. J. Dublineau, président

Mes chers collègues,

J'ai le regret de vous faire part du décès du Dr Lucien Lagriffe, membre titulaire honoraire de notre Société.

Né en 1873 près de Libourne, Lagriffe, après avoir été interne des hôpitaux de Toulouse, fut orienté vers la psychiatrie par le professeur Rémond. Chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de Toulouse, médecin des asiles publics en 1902, il devait accomplir à Quimper la plus grande partie de sa carrière. Médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique de cette ville, il dut à sa remarquable activité d'occuper de nombreux postes officiels dans le département. Retraité en 1937, il continua à assurer le service ouvert de neuro-psychiatrie de femmes à l'hôpital général. Il présidait la Société pour la sauvegarde de l'enfance, et siégeait au tribunal des enfants.

Lucien Lagriffe était de grande culture et de grande érudition. Il s'intéressait à des domaines divers : historiques, archéologiques (il fut vice-président de la Société archéologique du Finistère), mais surtout littéraires. Il avait su très tôt mettre cette culture au service de la connaissance psychopathologique. En 1908 et 1909, il publiait en particulier, dans les « Annales médico-psychologiques », une étude magistrale sur le caractère et la maladie de Maupassant. Il s'était intéressé également aux cas d'Arthur Rimbaud et d'Auguste Strindberg. Il avait une connaissance particulière de la littérature italienne. Les « Annales » lui doivent des analyses nombreuses de travaux psychiatriques italiens.

Sans insister sur la diversité des publications de notre regretté collègue, nous rappellerons seulement sa belle conférence de président du congrès des aliénistes et neurologistes de langue française, à Lyon, en 1934. Dans ces pages, consacrées aux problèmes mystiques dans leurs rapports avec les situations apparemment contradictoires du rêve et de l'action, il nous montre comment la transcendance et l'évasion sont inséparables de l'action et de la véritable efficience. S'élevant au-dessus du plan strictement médical, il élabore, à travers le mystique, une philosophie générale de l'action.

Cette action, il l'avait d'ailleurs lui-même vécue magnifiquement ; il avait eu en effet une brillante conduite durant la première guerre mondiale. Il était commandeur de la Légion d'honneur et titulaire de quatre citations.

Membre de notre Société depuis 1905, Lagriffe a été l'un de ces hommes qu'on regrette de n'avoir pas connus. « Ses amis, nous écrit son neveu,

le Dr Nicolet, neuro-psychiatre à Brest, conservent le souvenir de la personnalité si attachante du Dr Lagriffe, sa bonté, sa loyauté parfois un peu ombrageuse, sa rectitude morale sur laquelle il ne transigeait pas, son esprit fin et sa large culture. » Pour nous, qui n'avons pas eu l'honneur de l'approcher, il restera, non pas « Lagriffe », mais « Lagriffe, de Quimper », comme si le fait de se fixer dans sa ville et d'y consacrer durant une vie entière le meilleur de soi-même, conférait à ceux-là qui ont pu s'y astreindre une manière de noblesse, inséparable de l'œuvre dont ils ont été l'artisan.

Election de deux membres correspondants nationaux

Après audition d'un rapport de M. Leyritz, au nom d'une commission composée de MM. Pottier, Hyvert et Leyritz, M. le Dr Mignen a été élu *membre correspondant national,* par 13 voix sur 13 votants.

Après audition d'un rapport de M. L. Vidart, M. le Dr Nicolet a été élu *membre correspondant national,* par 12 voix sur 13 votants.

COMMUNICATIONS

Statistique provisoire des résultats thérapeutiques obtenus avec le G. 22.355 (Tofranil), dans 80 états dépressifs, par MM. M. Bergouignan, M. Demangeat et J. Julien.

Nous avons pu expérimenter très largement depuis mai 1958, dans notre service hospitalier, un nouveau dérivé de l'iminodibenzyle (G. 22.355 ou tofranil) (1), qui a déjà fait l'objet d'importants travaux ; nous faisons état aujourd'hui de 80 dépressions graves traitées avec ce produit. A vrai dire, ces 80 observations, en majorité féminines, du fait de notre recrutement, et intéressant des malades presque tous hospitalisés, — ce qui est un critère de la gravité habituelle de leur état — représentent une sélection dans le chiffre total des malades traités sous notre responsabilité par le G. 22.355. Pour ne pas alourdir cette statistique provisoire, nous avons éliminé certaines observations aberrantes, telles qu'une dysthymie avec impulsions suicidaires liées à une comitialité temporale, traitée à la fois par les anticomitiaux et le G. 22.355. Et, pour donner une idée plus juste de nos résultats thérapeutiques, nous avons éliminé nos huit premières mélancoliques soumises au tofranil, car la médication ne fut chez elles poursuivie sous forme de dragées que cinq à dix jours au maximum, tant nos

(1) Nous remercions très vivement les laboratoires Geigy, et particulièrement le Dr Billiottet, qui a mis à notre disposition les doses de tofranil nécessaires à nos essais thérapeutiques.

collaborateurs et nous-même avions hâte de substituer à une chimiothérapie aléatoire, accueillie avec scepticisme, une sismothérapie qui, elle, avait fait ses preuves depuis longtemps ; compter ces observations comme échecs reviendrait à fausser les pourcentages de nos résultats dans les cas plus correctement traités. Nous avons, par contre, maintenu dans cette statistique certaines dépressions névrotiques, où le malade, malgré nos instances, abandonna prématurément la médication. Précisons enfin qu'en dépit d'une enquête auprès des médecins traitants, nous n'avons pu avoir de renseignements postérieurs à la sortie de l'hôpital que pour 50 % des malades traités qui n'ont pas été suivis à notre consultation. Malgré les garanties dont nous nous sommes entourés, nos chiffres n'ont donc qu'une valeur provioire.

Notre technique de cure, après les tâtonnements initiaux, a pour particularité d'avoir comporté dans l'ensemble une posologie quotidienne moins élevée que celle qui est habituellement recommandée : voici nos doses moyennes : 1) chez les mélancoliques, qui étaient tous hospitalisés, injections parentérales quotidiennes de 50 mg. au minimum et de 100 mg. au maximum de tofranil, pendant une durée moyenne de vingt jours, puis doses dégressives de 8 à 2 dragées pendant un mois ; 2) dans les dépressions névrotiques, traitées parfois en cure ambulatoire d'emblée, doses progressivement croissantes de 2 à 6 dragées (souvent 3 ou 4 au maximum), le rythme de la progression étant réglé individuellement (de même que celui, ultérieur, des doses dégressives) au cours de contrôles permettant un appoint psychothérapique et une appréciation des effets secondaires, souvent majorés chez ces malades, qui sont fréquemment tentés d'abandonner la médication dès les premiers jours.

L'association de somnifères pour la nuit, et éventuellement pour le réveil médio-nocturne des mélancoliques, a été, en pratique, toujours nécessaire. Nous avons souvent recouru à l'administration diurne de 50 à 100 mg. de lévopromazine chez les mélancoliques et à celle de doses plus importantes de chlorpromazine chez une catégorie de malades que nous préciserons plus loin (série C).

Nous passons sur les effets secondaires (effet atropinique, etc.) qui ont été parfaitement inventoriés déjà ; nous n'avons fait aucune constatation originale ; disons seulement qu'ils ont été anodins, parfois mis en relief par certains névropathes ; ils sont moins fonction des doses employées que de la labilité végétative des malades.

1) *Guérison,* quand nous avons pu contrôler la reprise et le maintien d'une vie entièrement normale, deux mois après la sortie de l'hôpital.

2) *Rémission,* quand le sujet paraissait guéri à la sortie de l'hôpital, mais que cette guérison, ou bien ne s'est pas maintenue dans les semaines suivantes (rechute, faute de traitement d'entretien, ou, exceptionnellement, phase secondaire d'excitation maniaque pendant le

traitement d'entretien), ou bien n'a pu être contrôlée deux mois plus tard.

3) *Amélioration,* quand, à la sortie de l'hôpital, la rémission restait incomplète malgré la poursuite du traitement : anxiété résiduelle, impossibilité de reprendre une activité normale...

4) *Echec,* quand l'administration du G. 22.355 n'a paru modifier en rien l'évolution de la maladie.

Nous avons réparti ces résultats suivant les types nosologiques de dépression, sans méconnaître, bien entendu, que notre classification reste, comme d'ailleurs toutes les autres, arbitraire et discutable. Voici les cinq rubriques où nous rangeons nos observations, et les pourcentages de succès et d'échecs que nous avons enregistrés dans chacune de ces séries :

A) *Mélancolies endogènes,* groupant tous les grands accès typiques, qu'il s'agisse d'un accès isolé, d'une forme périodique, d'une psychose maniaco-dépressive, et représentant jusqu'ici l'indication optima de l'électro-choc. Après les huit éliminations indiquées plus haut, notre statistique comporte 30 observations de cette série ; nous relevons : *a*) 10 guérisons, *b*) 11 rémissions, dont 7 ont été suivies de rechute (traitement d'entretien nul ou insuffisant dans les cas que nous avons pu contrôler d'assez près) ; 3 de ces rechutes ont été hospitalisées dans notre service et ont parfaitement réagi à la reprise d'un traitement d'attaque par le tofranil ; une malade a présenté, après deux mois de traitement d'entretien avec des doses quotidiennes de 4 dragées, une excitation maniaque franche, qui a nécessité une nouvelle hospitalisation, alors qu'il s'agissait d'un premier accès mélancolique à 48 ans, sans aucun antécédent maniaco-dépressif ; *c*) 6 améliorations incomplètes : oscillations de l'humeur, anxiété résiduelle, inhibition partielle, qui n'ont pas semblé poser l'indication de l'électrochoc et qui n'ont pas interdit le retour dans le milieu familial ; *d*) 3 échecs, parmi lesquels une forme circulaire.

B) *Mélancolies d'involution,* comprenant les états dépressifs graves, survenus pour la première fois après la soixantaine (sauf exception) chez des sujets dépourvus d'antécédents thymiques, et paraissant liés à un processus de sénilisation, soit par atrophie cérébrale, soit par artériosclérose, dont témoignaient l'involution vasculaire générale, ou l'électro-encéphalographie, ou parfois l'encéphalographie gazeuse. Nous comptons 22 observations de cette série ; elles ont donné : 7 guérisons ; 5 rémissions avec une rechute vérifiée ; 6 améliorations permettant le retour au milieu familial ; 4 échecs. Nous résumerons trois observations de ce groupe (2 guérisons, 1 rémission), qui illustrent quelques aspects des mélancolies d'involution, liées ici, dans les trois cas, à une artériosclérose généralisée. On notera la parfaite tolérance à l'égard du tofranil (administré pendant cinq mois dans

la première observation) chez des sujets présentant une coronarite grave ; l'effacement thérapeutique des signes attribués à un affaiblissement démentiel au cours de l'état mélancolique ; la possibilité, grâce à la souplesse du traitement, d'éviter une rechute menaçante que la sismothérapie, même répétée, n'avait pu éviter.

Observation 1. — Berg... Louis, 62 ans, ancien fonctionnaire, présente des signes de polysclérose : en 1956, thrombose coronarienne ; en 1957 et 1958, prostatectomie en deux temps ; c'est après le deuxième temps (avril 1958), que s'installe un état dépressif grave avec anxiété, auto-accusation, interprétations péjoratives, insomnie. Une première hospitalisation (juin 1958) semble apporter une légère détente, grâce à l'administration de nozinan ; mais un essai de retour dans le milieu familial échoue, malgré la continuation du traitement ; on relève, sur le fond mélancolique, des conduites inexpliquées ou absurdes qui paraissent symptomatiques d'une évolution démentielle. Un électro-encéphalogramme montre d'importantes anomalies de type vasculaire. Un essai de traitement par le tofranil (quatre dragées pendant dix jours) est entrepris sans conviction et abandonné au dixième jour, parce que l'on a cru observer une certaine recrudescence anxieuse. La sismothérapie est tentée, sous curare ; elle apporte une légère amélioration, qui reste très incomplète, et dont le bénéfice semble se perdre très rapidement. Reprise du tofranil à des doses quotidiennes de quatre à six dragées ; vers le vingtième jour, amélioration très franche qui aboutit, au trentième jour, à une rémission complète avec retour au milieu familial. Depuis quatre mois, le traitement d'entretien ne peut être interrompu : s'il est abandonné pendant quatre ou cinq jours, réapparition d'une dysthymie avec barrage, anxiété, qui disparaît dès la reprise de dragées. L'activité est redevenue normale. L'examen clinique ne montre aucun signe d'affaiblissement mental, contrairement aux craintes légitimes exprimées six mois auparavant.

Observation 2. — Fren... Marie, 63 ans, d'apparence plus vieille que son âge, a souffert de crises d'angor ; elle a une coronarite et une hypertension artérielle sur fond d'artériosclérose. Employée avec son mari depuis de longues années dans une propriété, elle est invitée à quitter sa place et à chercher un nouveau logement. Elle s'en sent incapable et commence une dépression mélancolique avec idées de suicide ; à son entrée à l'hôpital, faciès douloureux, mutisme, apragmatisme avec très vive anxiété. On commence de suite l'administration quotidienne de deux ampoules intramusculaires de tofranil ; à un nouvel examen, le vingtième jour, la malade est souriante, active ; elle se demande cependant si, revenue chez elle, elle sera capable d'effectuer son déménagement ; cette légère appréhension semble d'ailleurs motivée et sans majoration pathologique ; le traitement continue.

Observation 3. — Cord... Louis, 62 ans, n'a jamais présenté de dépression, mais la famille nous révèle que son père s'est suicidé. En 1955, crise nocturne de dyspnée, mais pas d'infarctus décelable à l'électro-encéphalogramme ; hypertension artérielle à 23-10. En janvier 1958, à la mort de son principal collaborateur, se sent incapable d'assumer son travail et ses responsabilités ; craint de se déshonorer, d'aller en prison. En avril, sept électro-chocs (Dr E. Laubié), qui amènent une amélioration ; malgré un

repos prolongé, il se sent cependant incapable de reprendre une activité professionnelle. Les premiers essais se traduisent par une rechute plus grave ; le délire de culpabilité a pris une grande acuité : le malade veut aller se dénoncer... Nouvelle hospitalisation avec nouvelle série d'électro-chocs, qui amènent une nouvelle amélioration. Mais il est décidé que le malade ne reprendra plus son activité professionnelle, qui semble désormais le dépasser. Malgré cette perspective, qui le délivre un peu, rechute six semaines plus tard ; cette fois, l'administration de tofranil est décidée, à la dose quotidienne de six dragées ; l'amélioration est franche au bout de trois semaines ; un traitement ambulatoire d'entretien est continué pendant deux mois encore, à doses dégressives ; nous avons appris qu'avant la fin du deuxième mois notre malade avait repris son activité professionnelle.

C) *Mélancolies avec composante « paranoïde »*. — Qu'il s'agisse de bouffées délirantes comportant un noyau mélancolique manifeste et une certaine périodicité, ou de dépressions qui, à la ménopause en particulier, s'enrichissent souvent d'interprétations délirantes, parfois d'hallucinations, de thèmes divers, mal systématisés, nous avons réuni dans ce groupe sept observations ; beaucoup de ces malades avaient été traités successivement au cours de ces dernières années par des cures successives d'électro-chocs et de neuroleptiques, n'aboutissant qu'à des résultats incomplets ou provisoires, car l'une des composantes pathologiques paraissait toujours échapper à l'action thérapeutique. Nous avons nous-même constaté que l'emploi isolé de l'imipramine ne permettait pas de réduire l'activité délirante, malgré une réduction de l'anxiété et de la dépression sous-jacente, comme si les chimiothérapies modernes faisaient ressortir une sorte de « clivage » dans le syndrome clinique, et que l'association aux phénothiazines (200 mg. en moyenne) était indispensable pour obtenir une rémission totale. Grâce à cette association, nous avons pu enregistrer des résultats satisfaisants alors que quelques-uns de ces malades étaient des « laissés pour compte » des thérapeutiques classiques. Sur 7 cas, nous avons : 3 guérisons, 1 rémission, 3 améliorations. Comme type de référence, nous résumerons une observation de ce groupe (rémission, rechute dès interruption du G. 22).

Observation. — Lam... Cyprienne, 48 ans, est une institutrice intelligente, cultivée, mais une personnalité assez labile et impulsive, dont la vie conjugale témoigne de structures névrotiques avec immaturité affective alors que son activité professionnelle est très satisfaisante. Engraissement considérable au cours de ces dernières années. A partir de juin 1955, apparition assez brusque d'une psychose caractérisée par une anxiété très vive avec de multiples interprétations mal systématisées (« une charrette va m'amener pour me couper la tête... on complote contre moi... qu'est-il arrivé à ma fille ? J'ai tout détruit avec des dents rouges de sorcière »). Sous l'influence de doses importantes de phénothiazine, les idées délirantes s'estompent, l'anxiété disparaît et une psychothérapie de défoulement et de soutien peut

être progressivement instaurée en cours d'hospitalisation. Mais, malgré les neuroleptiques, le retour au foyer provoque une rechute : les diagnostics de délire polymorphe, de paranoïa sur fond caractériel sont envisagés par des confrères, ainsi que le diagnostic de mélancolie délirante avec indication de sismothérapie au cours des années suivantes, où les hospitalisations se succèdent, ainsi que les cures suivies de sédations momentanées, puis de la reprise de la psychose à double polarité anxieuse et interprétative ; tous les neuroleptiques sont successivement mis en œuvre et l'état de la malade oscille entre l'apragmatisme total avec désintérêt, apathie, et les bouffées délirantes plus actives, sous-tendues par l'anxiété, jusqu'à décembre 1958, où une tentative de suicide est suivie d'une nouvelle hospitalisation suivie de sismothérapie et d'euphorie passagère ; mais bientôt, nouvelle phase de prostration et de mutisme ; la malade confie cependant qu'elle a voulu se détruire, parce qu' « on essayait de lui faire tort, de la réformer pour lui faire définitivement abandonner l'enseignement ». Traitement institué : deux ampoules quotidiennes de tofranil et 100 mg. de lévopromazine. Au bout de dix jours, l'amélioration est frappante : la malade se lève dès le matin, lit, tricote avec entrain, ce qu'elle n'avait pas fait depuis près de trois ans. Le traitement est continué six semaines ; dès l'interruption du G. 22 et malgré la continuation du nozinan, reprise de l'anxiété, des interprétations péjoratives (on complote contre elle, son mari la trompe...) et de l'apathie intriquée avec des réactions agressives. Le G. 22 est repris aux mêmes doses, qui entraînent une amélioration aussi nette qu'en janvier, mais quand on passe à trois dragées, l'état psychique paraît plus précaire, d'où reprise de la cure parentérale, qui est encore en cours, en association avec des phénothiazines (150 mg.).

D) *Dépressions simples, réactionnelles :* tableaux, où domine l'épuisement, l'inhibition, consécutifs à des traumatismes particulièrement sévères ou répétés ; les dépressions réactionnelles simples ne sont pas très nombreuses dans notre statistique. Sur 7 observations, nous comptons 3 rémissions et 4 améliorations ; il s'agissait, pour la plupart, de sujets qui avaient abandonné leur activité professionnelle depuis de longs mois ou des années ; un traitement prolongé par voie buccale a été nécessaire ; chez les malades que nous avons pu contrôler jusqu'ici, ce traitement doit être encore poursuivi, à petites doses, au bout de deux mois, ou repris après une interruption passagère pour assurer un équilibre thymique satisfaisant.

E) *Dépressions névrotiques.* — Ce groupe peu homogène comprend des phases dépressives plus accusées chez des psychasthéniques, des névroses d'angoisse et des poussées phobiques sous-tendues par un fond dépressif, des anxiétés intriquées avec des manifestations hystériques. Nous y avons inclus 14 observations, qui donnent : 2 rémissions ; 8 améliorations, dont 2 suivies de rechute ; 4 échecs : 3 malades ont abandonné leur traitement au bout de quelques jours ou l'ont continué avec une très grande irrégularité, en invoquant les malaises attribués à la drogue. Toujours une psychothérapie, au moins sommaire, s'est avérée nécessaire dans ces cas et, bien des fois, alors

qu'elle se heurtait initialement à des résistances insurmontables, il nous a semblé que la chimiothérapie facilitait vers le 15e jour une prise de contact meilleure, une participation plus spontanée et plus active. L'observation suivante nous a paru assez démonstrative des améliorations que nous croyons pouvoir imputer au tofranil et, ici encore, d'un certain « clivage » entre dépression et structures névrotiques.

Observation. — Gan... Mona, 22 ans, d'origine tunisienne, a manifesté, dès la puberté, à l'âge de 14 ans, des troubles névrotiques (angoisses, étouffements), qui ont abouti, à partir de 19 ans, à une dépression caractérisée par tristesse, pleurs, découragement, cénestopathies, apragmatisme, et alliée à des phénomènes psychomoteurs (véritable crampe des écrivains, interdisant toute activité de sténo-dactylographe), des paroxysmes d'angoisse, des crises pithiatiques, où elle bloque sa respiration, puis se livre à des mouvements respiratoires saccadés avec agitation des membres et révulsion des yeux, enfin sanglots prolongés, le tout se déroulant sans perte de conscience. Au cours de ces deux dernières années, traitements médicaux inefficaces, puis cure de sommeil sans résultat ; la sismothérapie est mise en œuvre, qui donne une exaltation de quelques jours suivie d'une rechute pire, qui fait proposer une cure de Sakel. Au moment de son hospitalisation à Bordeaux, le contact psychologique s'avère très difficile, encore que Mona se montre très captative, se plaignant ou manifestant par ses attitudes qu'on ne s'occupe pas assez d'elle. En association avec les sédatifs habituels, on administre trois ampoules de G. 22.355 pendant six jours, puis deux ampoules pendant un mois, enfin deux dragées pendant le mois suivant. La psychothérapie ne peut être abordée que vers le vingtième jour où, grâce à l'amélioration progressive de l'état dépressif (amélioration d'ailleurs non reconnue initialement par la malade), les résistances s'estompent et la malade peut aborder avec fruit ses problèmes personnels : sentiment que son père lui est indifférent, que sa mère ne la comprend pas, qu'elle ne force l'attention de l'un et la tendresse de l'autre que par la maladie, difficulté à dépasser le cercle familial dans son insertion sociale, éloignement à l'égard des questions sexuelles. Au bout de cinq semaines, nous assistons à un clivage très frappant de l'état morbide : Mona n'est plus déprimée, elle est souriante, pleine d'entrain, fait des projets, cherche une situation, mais elle garde encore, nous dit-elle, des angoisses, elle reste dépendante et immature. Elle peut rentrer chez elle, à condition de continuer de petites doses de G. 22, une psychothérapie intermittente et des exercices de relaxation pour sa crampe professionnelle.

Une statistique globale fait ressortir, pour nos 80 malades : 20 guérisons, 22 rémissions (à la sortie de l'hôpital), 27 améliorations, 11 échecs ; pas d'aggravation.

Ajoutons qu'avec le recul de notre expérience nous présumons que les 22 rémissions constatées à la sortie de l'hôpital se sont maintenues guéries (sauf, sans doute, les 2 dépressions névrotiques) ou auraient définitivement guéri, si un traitement suffisant avait été prolongé, après la sortie, pendant un temps assez long.

	Nombre	Guérisons	Rémissions	Améliora-tions	Echecs
Mélancolies endogènes.....	30	10	11	6	3
Mélancolies d'involution.....	22	7	5	6	4
Mélancolies " paranoïdes "...	7	3	1	3	
Dépressions simples.....	7		3	4	
Dépressions névrotiques.....	14		2	8	4
Total.....	80	20	22	27	11

Est-il possible d'analyser les modalités d'action du tofranil sur quelques composantes du syndrome dépressif ? Nous avons déjà noté, dans certains cas, une sorte de « clivage » de l'état morbide, nécessitant, de façon impérieuse, l'action conjuguée des phénothiazines et permettant d'attribuer au tofranil une action spécifiquement antidépressive. Cette action n'est cependant pas une stimulation, comme celle que peuvent réaliser, par exemple, les amphétamines. Sans doute, avons-nous relevé en cours de traitement, vers le 8e jour, deux cas d'onirisme passager avec agitation anxieuse, rapidement jugulé par l'adjonction de phénothiazines à doses suffisantes. Sans doute aussi, l'imipramine n'améliore-t-elle pas le sommeil des malades ; mais, dans notre pratique, elle n'a pas non plus provoqué ou entretenu l'insomnie ; nous avons même réalisé, chez deux mélancoliques, une expérience suggestive, qui consistait à leur administrer, à leur réveil médio-nocturne douloureux, deux dragées de tofranil, et nous avons constaté que l'endormissement survenait presque aussi facilement qu'avec les hypnotiques habituels. Le tofranil ne paraît donc pas être un stimulant pas plus qu'il n'est un tranquillisant. C'est, comme on l'a dit, un euthymique ou un orthothymique. Ici encore, suivant l'expression consacrée pour les neuroleptiques dans d'autres conditions pathologiques, le sujet semble, soit progressivement à partir du 10e ou 15e jour, soit plus brusquement vers le 8e jour, prendre du recul à l'égard de ses expériences angoissantes et devenir disponible pour une extraversion et une activité souvent teintées d'euphorie passagère.

Le G. 22.355-imipramine (Tofranil) dans le traitement des états dépressifs mélancoliques (*d'après 70 observations*), par MM. J. Laboucarié, P. Barrès, P. Lacassin et A. Bès.

Sans avoir à rappeler ici les références sur la synthèse du G. 22.355 — l'imipramine (tofranil) — et les principaux travaux cliniques publiés en Suisse avec Kuhn, avec Steck et Schneider, et aux Etats-Unis avec Freyhan, nous savons que cette nouvelle chimiothérapie est encore peu connue en France, tout au moins que les travaux parus à son sujet sont encore rares. Ici-même, et tout récemment Pasquet et collaborateurs, ont publié huit observations d'états dépressifs traités par ce thymoleptique, et à ce sujet Delay et Deniker ont annoncé dans leur commentaire les premiers résultats de leur expérience en cours (1). Nous-mêmes, dès novembre 1958, avons publié à la Société de neurologie et de psychiatrie du Sud-Ouest, le résultat de nos 30 premières observations. Après Bergouignan, nous présentons maintenant le résultat de notre expérience thérapeutique par l'imipramine, portant sur 70 états dépressifs mélancoliques, expérience poursuivie depuis environ dix mois.

Au point de vue de la conduite des cures, deux points sont à distinguer : le mode de prise de l'imipramine et sa posologie d'une part, et d'autre part la question de l'emploi de la chimiothérapie isolée, ou de son association éventuelle avec la chimiothérapie-sismothérapie.

A côté de la technique classique qui, on le sait, consiste en l'administration de l'imipramine, d'abord par voie parentérale et à doses progressives, puis par substitution progressive à la voie parentérale, de la voie buccale, et ceci avec une posologie atteignant 300 mg., nous avons aussi utilisé, en particulier dans les traitements ambulatoires, une posologie réduite, de 100 à 150 mg., par voie exclusivement buccale.

Mais dans la conduite du traitement, la question la plus importante a été de savoir si l'on choisissait la cure au tofranil isolée, avec les incertitudes et tout au moins les risques de n'obtenir des résultats thérapeutiques qu'après un certain délai, ou au contraire, si l'on devait recourir à une association thérapeutique avec la sismothérapie, au moins dans les cas où l'urgence thérapeutique le commandait.

Le choix de nos malades, dont il est fait état ici, a porté exclusivement sur des états dépressifs mélancoliques de formes et de gravité variables, c'est dire que nous entendons ainsi toute crise dépressive

(1) Nous n'avions pas eu encore, au moment de la rédaction de cette note, connaissance de la communication de MM. Delay, Denicker et Mlle Lemperer, portant sur 170 malades, à la Société médico-psychologique du 9 mars 1959.

comportant phénoménologiquement une signification mélancolique, quelle que soit l'intensité de leurs symptômes ou le caractère atypique de leurs expressions cliniques, fonction de la structure psychologique de base. Et nous excluons de ce cadre les états névrotiques fixés tels que certains états à structure obsessionnelle et ces états d'allure constitutionnelle, tels que certaines psychasthénies.

Analyse de nos résultats.

Notre expérience sur ces 70 malades doit être étudiée à la fois en fonction de la forme de la cure, soit cure à l'imipramine seule, soit cure associée à la sismothérapie, et d'autre part en fonction des formes mêmes des états mélancoliques.

Les résultats d'après la forme de la cure

1) *Cure chimiothérapique isolée.* — Nous avons appliqué l'imipramine seule dans deux groupes de cas : les états mélancoliques simples sans tendance suicidaire ; les mélancolies graves, mais où la sismothérapie était contre-indiquée en raison d'affections organiques intercurrentes.

a) Nous comptons quinze cas d'états mélancoliques simples traités exclusivement par l'imipramine, la moitié de ces cas ayant été traités suivant la technique classique (voie parentérale et voie buccale à hautes doses), l'autre moitié par voie exclusivement buccale. Quinze de ces malades ont été traités en cures ambulatoires, et si l'hospitalisation en effet n'était pas nécessaire, la presque totalité cependant a bénéficié d'un changement de milieu facilement réalisé en montagne ou à la campagne, permettant ainsi de meilleures conditions psychothérapiques.

Il s'agissait de dépressions mélancoliques authentiques, bien que pour la plupart à expression clinique atténuée et sans tendance suicidaire. Certains de ces malades avaient déjà présenté des accès dépressifs antérieurs ayant exigé, pour les uns un traitement sismothérapique, pour d'autres une longue durée d'évolution en dehors de tout traitement actif. Indiquons entr'autres le cas de ce professeur de lycée, âgé de 38 ans, qui se déclarait incapable et indigne de l'enseignement qui lui était confié... ; de ce chef d'entreprise dépassé par ses responsabilités, qui ne voyait plus aucune issue dans ses affaires et qui voulait tout abandonner... ; de ce contremaître qui, depuis plus d'un an, avait cessé toute activité et ne quittait pratiquement plus sa chambre... Chez ces quinze malades, la réduction complète de l'état mélancolique est survenue dans un délai habituel de dix à vingt jours. Pour la plupart d'entre eux, le traitement d'entretien a été prolongé pendant un mois supplémentaire. Si nous présentons ainsi ce premier groupe de succès par la cure à l'imipramine isolée dans des

délais équivalents à ceux de la sismothérapie, c'est que nous retrouverons les insuccès plus ou moins complets de la cure à l'imipramine isolée dans un groupe équivalent de 25 malades qui ont justifié précisément, comme nous le verrons, le recours à la sismothérapie secondaire.

b) A côté, groupe particulièrement important pour notre expérience thérapeutique ; dix cas de mélancolie grave ont été traités exclusivement par la cure à l'imipramine, en raison des contre-indications formelles de l'électro-choc, du fait d'affections organiques intercurrentes (tuberculose pulmonaire, hypertension artérielle sévère, trachéostomie après coma barbiturique consécutif à une tentative de suicide, infarctus du myocarde récent, décollement de la rétine, phlébite...). Sept de ces malades ont guéri franchement, mais dans des délais parfois plus longs que les cas précédents : si, pour quelques-uns d'entre eux, en effet, la guérison n'a exigé qu'un mois d'hospitalisation, pour les autres la durée du traitement a été d'environ trois mois. Les trois malades que l'on doit compter parmi les échecs de cette cure présentaient cependant une amélioration appréciable, portant surtout sur une diminution de l'anxiété et de l'inhibition.

2) *Cures associées à la sismothérapie.* — Nous avons, suivant des modalités diverses, traité ainsi 40 malades.

a) Dans 25 cas de mélancolies plus ou moins sévères, qu'il faut rapprocher du premier groupe, et où systématiquement nous avons tenté de conduire une cure à l'imipramine seule, nous avons été conduits, en raison de l'absence de résultats favorables de la chimiothérapie au bout de trois à quatre semaines, de pratiquer alors de brèves séries d'électro-chocs qui, dans la majorité de ces cas, a déterminé en quelques jours un véritable virage thymique, comme si l'action de l'imipramine avait préparé et renforcé l'action de l'électro-choc, permettant ainsi le déclenchement d'une guérison rapide et complète. Une telle association thérapeutique appliquée chez des mélancoliques ayant été hospitalisés en milieu spécialisé, et quand il n'y a pas d'urgence thérapeutique, nous paraît la plus recommandable quand on veut réduire au maximum la sismothérapie.

b) Dans 5 cas, nous avons été conduits au contraire à utiliser l'imipramine chez des mélancoliques sévères, qui venaient de subir de longues séries d'électro-chocs sans bénéfice et chez lesquels la prolongation de la sismothérapie provoquait des amnésies subconfusionnelles pénibles. Chez de tels malades, la mise en œuvre secondaire d'une cure à l'imipramine a déterminé dans trois cas ce même virage thymique que nous avions constaté, comme nous venons de le voir dans la succession inverse de ces mêmes associations thérapeutiques. Et dans deux autres cas, l'échec thérapeutique est resté complet.

c) L'association d'emblée de la sismothérapie à l'imipramine a été

réalisée dans tous les cas où l'urgence thérapeutique l'imposait. C'est ainsi que nous comptons 20 cas de mélancolies sévères, suicidaires, où dès l'hospitalisation du malade une telle association thérapeutique a été pratiquée. Dans 12 de ces cas, la rapidité des résultats, leur qualité et leur stabilité obtenue avec un nombre réduit d'électrochocs, de trois à six, obligent à reconnaître l'influence certaine de la chimiothérapie associée. Dans les 8 autres cas, qui correspondaient pour certains d'entre eux à des formes d'agitation anxieuse, ou à des formes à tendance évolutive sévère, à type involutif déficitaire, si les résultats terminaux ont été parfois favorables, ils sont difficilement à mettre à l'actif de la chimiothérapie, en raison de la longueur du traitement exigé et du nombre d'électro-chocs pratiqués.

Les résultats d'après les formes cliniques

Il apparaît déjà, dans l'analyse des résultats d'après les modalités de la cure choisies en fonction même des formes et des stades des états mélancoliques que nous avons traités, que l'action de l'imipramine est variable suivant les diverses formes des états mélancoliques. Il faut remarquer que les meilleurs résultats sont obtenus dans les formes de dépression mélancolique avec inhibition, qu'il s'agisse d'états mélancoliques simples où domine le sentiment d'incapacité conditionnant des attitudes d'apragmatisme, ce sentiment aigu « d'impossibilité de vivre » entraînant parfois ces renoncements, ces refus d'accepter un avenir possible et pouvant conditionner les décisions les plus regrettables ; qu'il s'agisse aussi de ces états mélancoliques de la cinquantaine, où interfèrent souvent des facteurs réactionnels légitimes ; on peut affirmer que, dans la majorité de ces cas, l'action de l'imipramine isolée est réelle à la fois sur l'anxiété mélancolique et sur l'évolution même de ces crises, et est susceptible dans ces cas de remplacer la sismothérapie.

Dans les formes de mélancolies plus profondes, dans les formes délirantes, suicidaires, qui ne se différencient en somme des précédentes que par leur intensité, l'action de l'imipramine est certaine, bien que dans la majorité des cas, quand il n'y a pas contre-indication à la sismothérapie, nous ayons eu recours aux associations thérapeutiques que nous avons indiquées pour réaliser précisément la plus active, mais aussi la plus économique des actions thérapeutiques.

Par contre, dans ces formes d'agitation anxieuse, correspondant surtout aux « états mixtes », l'action du tofranil est beaucoup plus incertaine, peut-être même défavorable.

Dans les formes liées à une structure névrotique et particulièrement dans les cas où dominent les éléments cénestopathiques, les résultats imputables au tofranil sont beaucoup plus discutables et on doit penser qu'ici l'action des sismothérapies associées est prépondérante.

Enfin, et ceci nous apparaît un des points les plus importants, par

opposition aux formes réactionnelles, franches, où les résultats de l'imipramine, comme du reste des électro-chocs isolés, se montrent les meilleurs, les formes à tendance récidivante, qu'il s'agisse de certaines formes de mélancolies involutives vraies comportant des aspects déficitaires ou de certaines formes particulièrement sévères de la psychose périodique, l'action thymoleptique est beaucoup plus incertaine, exigeant un traitement d'entretien beaucoup plus continu, comportant des récidives toujours possibles, comme si le « génie » propre de certaines crises mélancoliques conservait ses tendances évolutives propres que l'imipramine seule ou même associée ne parvient pas à réduire totalement.

Incidents et accidents.

Au regard de ces actions thérapeutiques, quels sont les incidents ou les complications de cette chimiothérapie ? Il faut souligner que, dans la majorité des cas, l'imipramine est bien tolérée et que, s'il existe des incidents, ils sont presque toujours mineurs : on observe souvent une certaine tendance à l'excitation psycho-motrice, avec sensation d'énervement, et si pour certains ces réactions paraissaient être suffisantes pour interrompre la cure, il faut savoir qu'il est presque toujours possible de les neutraliser par adjonction d'une chimiothérapie complémentaire, en particulier de petites doses de phénothiazine ou de méprobamate ; de même, l'insomnie, qui peut parfois être conditionnée par l'imipramine, est facilement réductible par les hypnotiques habituels.

Les effets de type atropinique sont les plus fréquents et les plus désagréables en raison de leur caractère paresthésique, consistant surtout en sécheresse de la bouche, sensation de brûlures digestives, parfois accompagnés d'une mydriase modérée. On note également des impressions vertigineuses. Il s'agit dans l'ensemble de manifestations mineures et toujours tolérables, et qui n'existent en fait que dans les phases de traitement exigeant une posologie élevée.

Il faut noter du reste ici l'absence de retentissement cardio-vasculaire, l'imipramine n'entraînant pas de tachycardie, ni de modification de la formule sanguine comme les dérivés de la phénothiazine par exemple.

Les troubles les plus importants sont, soit d'ordre digestif avec nausées et vomissements, soit surtout d'ordre urinaire. Ils sont rares ; nous avons observé trois cas d'oligurie impressionnante mais très transitoires et ayant cédé spontanément à la suppression de l'imipramine.

Enfin, la question se pose d'un effet possible de l'imipramine sur la coagulabilité sanguine. De très rares cas de thrombose vasculaire ayant été signalés, nous avons, chez certains de nos malades dont l'état cardio-vasculaire méritait tout particulièrement d'être surveillé,

contrôlé pendant toute la durée du traitement les variations du taux de prothrombine et les modifications des tests de coagulabilité sanguine. Dans deux cas, nous avons observé chez ces vasculaires, dont un avait présenté antérieurement un infarctus du myocarde, une augmentation concomitante du taux de prothrombine qui a justifié, au cours de la cure au tofranil, soit l'augmentation, soit l'instauration d'un anti-coagulant de synthèse (tromexane), qui a permis la poursuite de la cure sans incident.

En résumé, l'action de l'imipramine est, non plus seulement sédative ou suspensive comme d'autres chimiothérapies, mais curative au sens propre du mot, dans un nombre important d'états mélancoliques. Les délais d'action dans la majorité des cas sont de l'ordre de deux à trois semaines, parfois plus précoces, parfois nettement plus tardifs. Si cette chimiothérapie isolée apparaît suffisante dans la plupart des formes simples, il reste souvent recommandé de recourir à la sismothérapie complémentaire pour déclencher une guérison plus rapide. En fait, il est évident que le traitement des états mélancoliques graves, et particulièrement des formes suicidaires, pose avant tout un problème d'urgence thérapeutique qui commande l'association d'emblée de la sismothérapie à l'imipramine, l'action de celle-ci n'en demeurant pas moins remarquable dans beaucoup de cas en ce qu'elle renforce et accélère l'action de la sismothérapie.

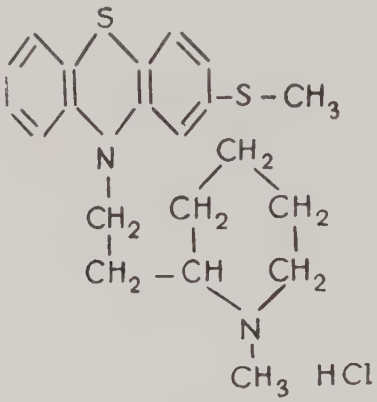
Ainsi, loin de proclamer « la fin des thérapeutiques de choc », on doit reconnaître que si dans un certain nombre de cas cette nouvelle chimiothérapie peut se substituer à ceux-ci, dans beaucoup d'autres cas elle doit s'associer à eux en permettant une économie importante de leur nombre et l'atténuation considérable du syndrome subjectif post-électrique, et en particulier des dysmnésies parfois si pénibles.

Il nous paraît acquis, par comparaison aux autres chimiothérapies, en particulier des dérivés de la phénothiazine comme au regard des tentatives proposées récemment avec de nouveaux produits de synthèse, que l'imipramine représente la première des chimiothérapies à action réelle sur la mélancolie et applicable sans risque. La valeur même de l'action de l'imipramine sur l'humeur mélancolique, certaine d'après les effets que nous venons d'analyser, doit être soulignée par le fait que nous avons observé dans quelques cas, sous l'influence de la drogue seule, une véritable inversion thymique allant parfois jusqu'à réaliser un état maniaque, tout comme il est classique de l'observer au cours des cures par l'électro-choc. Cette phase hypomaniaque, même si elle apparaît comme un incident de la cure, n'en confirme pas moins la spécificité de l'action thymique de l'imipramine dans la mélancolie.

Essais cliniques d'un nouveau neuroleptique, la thioridazine, par MM. Jean Delay, P. Pichot, Mlle T. Lempérière et M. B. Elissalde.

La thioridazine (1), dérivé non halogéné de la pipéridyl-phénothiazine, a fait l'objet d'un certain nombre d'essais thérapeutiques en Suisse, en Allemagne, en Grande-Bretagne et aux Etats-Unis. Les résultats de l'expérimentation clinique que nous poursuivons depuis maintenant plus de six mois nous paraissent mériter d'être rapportés en raison à la fois de l'intérêt thérapeutique de cette nouvelle drogue, et de certains problèmes théoriques que ses effets soulèvent.

La thioridazine est le chlorhydrate du "-méthylmercapto-10-2'-(N-méthyl-pipéridyl-2")-éther-1'-phénothiazine. Sa formule brute est C_{21} H_{26} N_2 S_2, HCl, sa formule développée.



Etude pharmacologique.

D'après les indications qui nous ont été communiquées, la dose léthale 50 sur le rat est 71 mg./kg. par voie intraveineuse et 1.060 mg./kg. par voie orale (contre respectivement 38 mg./kg. et 1.050 mg./kg. pour la chlorpromazine).

Comparée à la chlorpromazine, les divers effets sont les suivants :

a) Effet adrénolytique (contractions adrénaliniques de la vésicule séminale du cobaye) : il est 2,1 fois moins élevé.

b) Effet anti-cholinergique (intestin isolé du cobaye) : il est 1,5 fois moins élevé.

(1) Le nom commun thioridazine correspond à la dénomination de laboratoire T.P. 21. Nous remercions les laboratoires Sandoz d'avoir bien voulu mettre à notre disposition le produit nécessaire à cette étude.

c) Effet anti-histaminique (intestin isolé du cobaye) : il est 7,1 fois moins élevé.

d) Effet anti-spasmolytique (inhibition des contractions dues au $BaCl_2$ sur l'intestin isolé du cobaye). Il est égal aux 5/8 de l'activité de la chlorpromazine.

e) Potentialisation de l'anesthésie chez la souris : une dose 3,6 fois supérieure est nécessaire pour obtenir la même action que la chlorpromazine.

Etude clinique.

Le produit a été administré à 35 malades de sexe féminin, d'âge compris entre 18 et 68 ans, internées au service fermé de la clinique. Dans 15 cas, il s'agissait de psychoses aiguës, dans 20 cas de psychoses chroniques.

Chez 32 malades, le produit a été administré uniquement par voie orale. Dans 3 cas, la voie intramusculaire a été associée. Les doses utilisées ont varié entre 100 et 500 mg./24 h. Les comprimés ont été répartis en trois prises journalières. Le traitement a été poursuivi pendant une durée allant de trois semaines à quatre mois, sauf dans 2 cas où il a dû être interrompu précocement.

Dans l'exposé suivant, nous avons considéré comme guérison (+++) les cas où la disparition totale des signes psychotiques a permis la sortie des malades, comme amélioration franche (++) les cas où la réduction des signes psychotiques, sans être complète, a permis, soit une sortie, soit une permission d'essai, comme amélioration légère (+) les cas où l'un des éléments du syndrome psychotique (par exemple excitation, hallucinations) a été amélioré de façon franche.

Sur 35 cas, nous avons observé 5 guérisons, 8 améliorations franches, 6 améliorations légères, 16 résultats nuls. Les résultats se répartissent de la façon suivante :

	Diagnostics	Nombre de cas	Résultats			
			+++	++	+	0
Psychoses aiguës	Manie.....	6	2	1	1	0
	Mélancolie... ...	3		1		2
	Bouffée délirante.	6	3	3		
Psychoses chroniques	Hébéphrénie	4		1		3
	Délire paranoïde.	9		1	4	4
	Délire chronique	7		1	1	5
		35	5	8	6	16

a) *Etats maniaques.* — Sur 6 cas, nous avons obtenu deux guérisons rapides. Chez une troisième malade, une amélioration très rapide ne s'est pas maintenue après interruption du traitement pour érythème noueux. 300 mg./jour de chlorpromazine pendant 60 jours ont guéri définitivement la malade. Un cas a montré une amélioration passagère suivie de rechute sous traitement. Les deux échecs concernent, l'un une malade où le traitement *per os* ne pouvait être appliqué et où les injections intramusculaires ont dû être abandonnees au troisième jour en raison de la mauvaise tolérance locale, et l'autre une malade présentant une manie furieuse où une dose de 200 mg. intramusculaire associés à 300 mg. *per os* n'ont eu aucune efficacité.

b) *Mélancolie.* — Le seul cas franchement amélioré concerne une malade hypertendue et artériopathique présentant des bouffées dépressives et anxieuses sur fond d'involution organique plutôt qu'un accès mélancolique vrai.

c) *Bouffées délirantes.* — Trois guérisons ont été obtenues, l'une avec sortie au bout de 28 jours, les deux autres après 3 mois. Chez les trois autres malades, une amélioration franche a permis une sortie du service.

d) *Hébéphrénie.* — Les quatre cas traités étaient particulièrement graves, évoluant sans rémission depuis plusieurs années malgré tous les traitements classiques. Chez une malade, l'amélioration obtenue a permis une sortie d'essai qui persiste depuis trois mois.

e) *Délires paranoïdes.* — Dans quatre cas une amélioration légère, portant sur le syndrome hallucinatoire, a été constatée. Une amélioration franche a porté dans un cas sur une bouffée d'excitation avec exacerbation des idées délirantes. Dans quatre cas, enfin, l'action thérapeutique a été nulle.

f) *Délires chroniques.* — Il s'agit de sept malades présentant un délire systématisé ou passionnel évoluant depuis plusieurs années et rebelle à la thérapeutique classique. Dans un cas, une amélioration légère, avec diminution de l'anxiété et des hallucinations, régularisation du sommeil, recul vis-à-vis du délire, a permis la sortie. Dans un autre cas, l'amélioration a été franche, avec critique des idées délirantes de jalousie, sédation de l'anxiété. Une sortie d'essai a été possible.

Effets secondaires, incidents et accidents.

Tolérance locale de la forme injectable. — La tolérance locale du produit injectable est à l'heure actuelle très mauvaise. Chez les trois malades où nous avons employé cette voie, nous avons dû interrompre rapidement le traitement. L'induration douloureuse locale s'accompagnait d'ailleurs d'une élévation thermique à 38-39°.

Température, pouls et tension artérielle. — La température n'a pas été modifiée en dehors des trois cas où ont été pratiquées des injections intra-musculaires. La tension artérielle a subi une baisse de 2 à 3 cm. de mercure, portant sur la minima pendant les premiers jours du traitement dans huit cas ; dans deux cas, cette hypotension a persisté pendant tout le traitement. Dans un cas la tension, qui était normalement à 9,5-6, s'est élevée et stabilisée à 15-9 pendant le traitement. Dans tous les autres cas, aucune modification notable n'a été observée. Le pouls s'est accéléré à 110/120 chez sept malades, sans que ces modifications correspondent à des modifications tensionnelles. Dans un cas, il y a eu bradycardie discrète pendant tout le traitement.

Appareil digestif. — La tolérance du produit administré *per os* a été excellente. Un hoquet a été noté chez une malade.

Peau et muqueuses. — Une malade a présenté un érythème noueux, une autre un œdème de Quincke pendant le traitement. Aucune manifestation d'intolérance cutanée n'a été observée chez les malades ou chez le personnel infirmier.

Formule sanguine. — Chez 30 malades, elle a été pratiquée une fois par semaine. Chez 20 malades, aucune modification n'a été notée. Chez deux malades, une leucocytose avec polynucléose a été observée en liaison avec des infections locales (otite, affection gynécologique). Chez sept malades, une neutropénie modérée a été constatée, accompagnée une fois de neutropénie importante. Dans aucun cas, les modifications hématologiques n'ont nécessité l'interruption du traitement.

Urines. — Chez aucune malade des dix-sept régulièrement examinées n'a été constatée la présence de sucre ou d'albumine.

Système nerveux. — Chez deux malades seulement on a observé, après deux mois de traitement à des doses importantes (300 mg. et 500 mg./jour), un syndrome extra-pyramidal indiscutable, avec fixité du regard, rareté du clignement, hypertonie, roue dentée, exagération des réflexes de posture, hypercrinie, hypersudation.

Galactorrhée. — Une galactorrhée très importante et persistante a été notée chez un grand nombre de nos malades pendant le traitement.

Discussion.

Des résultats que nous venons de rapporter, il apparaît que la thioridazine a une action de type neuroleptique et que ses indications sont qualitativement analogues à celles de la chlorpromazine.

Une comparaison précise avec la chlorpromazine est difficile, car nous ne disposons pas d'une forme injectable bien tolérée de thiori-

dazine. Le tableau suivant résume les cas où une comparaison a été possible.

	Thioridazine	Chlorpromazine	Prochlorpémazine	Lévomépromazine	Acépromazine	Réserpine
Psychose hall. chr.....	+	+				
Hébéphrénie.....	0		+++			0
Mélancolie chronique..	0	0				
Hébéphrénie.....	++	+				+
Manie aiguë.....	++	++				
Psychose hall. chr.....	0	+				
Délire chron. persécut.	0	0				
Manie.....	+	+				
Dépression involut.....	++			0		0
Délire chr. persécut...	0	0			0	0
Bouffée délirante.....	+++	+++				
Mélancolie stupor.....	0	++				
Psychose paranoïde....	0	0				
Délire chron. persec...	0	0			0	
Délire paranoïde.	+	+				
Manie.....	0	++				
Manie.....	0	+				

Il nous a semblé que, dans le cas de grande agitation, la chlorpromazine était légèrement plus active. Dans les bouffées délirantes et dans les manies aiguës d'intensité moyenne, les deux drogues ont une action sensiblement identique. Par contre, la thioridazine est mieux supportée par les malades qui sont moins somnolentes et ralenties qu'avec la chlorpromazine. Celles qui ont pu comparer l'effet des deux drogues préfèrent nettement la thioridazine, qui leur permet une activité plus grande avec moins de malaises subjectifs. Dans les psychoses chroniques, la thioridazine a une activité probablement inférieure à celle de la chlorpromazine et de la lévomépromazine, et certainement à celle de la réserpine. Dans un cas cependant (hébéphrénie ancienne), la thioridazine a été plus active que la réserpine et la chlorpromazine. Cette malade a présenté au cours du traitement un syndrome extra-pyramidal. En résumé, sur le plan pratique, la thioridazine semble avoir une action qualitativement et quantitativement voisine de celle de la chlorpromazine. Ces légères différences que nous avons cru constater sont peut-être dues à l'absence d'une forme injectable et au nombre peu élevé de malades dans chaque catégorie nosologique. Il faut surtout souligner la bonne tolérance due au peu d'intensité des effets subjectifs.

Sur le plan théorique, nous insisterons sur la présence d'une galactorrhée extrêmement importante et sur l'existence, à vrai dire exceptionnelle, de symptômes extra-pyramidaux.

La galactorrhée a été observée constamment avec les autres neuroleptiques, soit de la série promazinique, soit de la série réserpinique. Il semble que, sous cet angle, la thioridazine ait une activité plus marquée que toutes les autres drogues actuellement utilisées.

L'existence de syndromes extra-pyramidaux n'avait jusqu'à présent pas été constatée par les autres expérimentateurs avec la thioridazine. L'un de nous a insisté sur l'importance de ces symptômes sous l'angle de la classification des drogues psychotropes. Leur présence permet de placer la drogue qui les produit dans le groupe des neuroleptiques. A ce titre, la thioridazine n'échappe donc pas à la règle. Sans doute, les syndromes extrapyramidaux ne sont-ils observés que très rarement (2 malades sur 35) et en cas d'administration à doses importantes et prolongées. Mais il n'est pas possible actuellement d'affirmer une proportionnalité entre les effets thérapeutiques des neuroleptiques et la fréquence des phénomènes extrapyramidaux. Il semble plutôt que les neuroleptiques aient un tropisme pour les régions basilaires du cerveau, et que la coïncidence de l'effet thérapeutique et des phénomènes extrapyramidaux soit liée à une proximité anatomique des formations cérébrales correspondantes.

Sans vouloir apporter une réponse définitive à une question qui reste ouverte, nous soulignerons en conclusion que la thioridazine présente à la fois, sur le plan des effets psychiques et sur celui de la symptomatologie neurologique, les caractères des drogues neuroleptiques.

Discussion

M. Bergouignan souligne que la thioridazine représente, parmi les phénothiazines actuelles, une des formes le plus volontiers acceptées par les malades, qui manifestent une certaine aversion à l'égard de la chlorpromazine, dont ils redoutent les effets secondaires ; mais son efficacité thérapeutique dans les psychoses chroniques paraît être moindre dans l'ensemble que celle de la chlorpromazine.

Quelques aspects de la personnalité bio-chimique d'une oligophrène syphilisée, par Mlle C. Chatagnon (*), MM. F. Marmillon et P. Chatagnon

Le diagnostic de syphilis nerveuse est souvent difficile à poser et peut-être serait-on moins enclin encore à le poser depuis que l'ère des antibiotiques a ouvert de grandes espérances de cures radicales de l'infestation tréponémique.

* Chargée de recherches à l'I.N.H.

C'est un cas de syphilis nerveuse torpide que nous rapportons succinctement, car il est typique des formes cachées, sournoises et protéiformes de la syphilis à localisation nerveuse, et aussi des difficultés d'interprétation clinique de syndromes mentaux survenant chez des sujets à développement psychique pauvre, le déficit psychique d'origine congénitale étant souvent délicat à départager du déficit psychique acquis. Dans l'observation en cause, c'est la débilité mentale qui entraîna indirectement l'infection syphilitique par le comportement social qu'il imposa à cette jeune femme de 22 ans.

Les examens biologiques nous ont permis en outre de caractériser quelques-uns des éléments de la personnalité biochimique du sujet.

Observation. — Mme P... Simonne est une femme d'âge moyen, 44 ans, entrant à Sainte-Anne en octobre 1957 pour un syndrome dépressif évoluant depuis plusieurs mois, s'accompagnant d'une diminution de l'activité ménagère, de difficulté de la marche, de troubles de l'élocution et de surdité allant en s'accentuant et rendant la vie au foyer difficile pour le mari livré à ses seules forces.

P... Simonne, fille unique, a été élevée jusqu'à 25 ans par sa mère, exerçant la profession de comptable. Son père, de souche arménienne, employé aux Tramways, était buveur, et finit ses jours à Sainte-Anne, après une fugue en 1939.

De l'âge de 4 à 10 ans, elle fut placée en banlieue chez une tante ; elle fréquente une école religieuse puis l'école publique jusqu'à 15 ans. Elève moyenne, sans facilités spéciales à l'étude, elle obtient cependant à 14 ans son certificat d'études.

Elle a eu, à ses dires, « toutes les maladies infantiles », et parmi elles l'entérite, l'anémie, la scarlatine, la furonculose lors de la formation, mais elle n'eut pas de convulsions. Elle fut opérée vers 18 ans d'une double hernie inguinale.

Les premières menstrues furent précoces (10 ans 1/2), suivies d'aménorrhée et d'une régularisation des règles. Elle ne s'est jamais trouvée en gestation et elle ne fit pas d'avortements.

A sa sortie de l'école, elle trouve un emploi de vendeuse dans un magasin de bonneterie et ses employeurs sont satisfaits de ses services, et brusquement en 1935, alors qu'elle a environ 22 ans, elle fait une fugue et est entraînée aux environs de la gare Montparnasse et placée en maison close à Paris et en province. Elle fut traitée pour syphilis à l'hôpital de Versailles (?) et « sortie » de maison close par un ami de rencontre qui l'épousa en 1937, la ramène à Paris où elle s'occupe de son foyer.

Depuis quatre ans elle perd progressivement le goût au travail, elle reste inactive, triste, et ressent parfois des « spasmes nerveux qui lui oppressent la poitrine ». Incapable de vaquer à ses occupations habituelles, c'est alors que son médecin conseille le placement à Sainte-Anne.

Elle entre à l'hôpital Henri-Rousselle pour obnubilation intellectuelle, éléments dépressifs, phase confusionnelle avec activité onirique. Langage perturbé, apragmatisme et surdité, le 14 octobre 1957.

Le 16 octobre transférée à Maison-Blanche, nous constatons :

A) Un état neurologique constitué par une lenteur des mouvements et

de la marche, une lenteur avec maladresse des mouvements associés, des mouvements du type athétosique des mains — une parole scandée, une voix nasonnée s'accompagnant d'un rire explosif et niais — une diminution extrême des réflexes rotuliens et une abolition des achilléens, Babinski en flexion. La station debout est pénible mais ne s'accompagne pas de Romberg. La marche est hésitante et il semble y avoir un léger stoppage à droite. Il n'y a pas de troubles nets de la sensibilité superficielle ou profonde. On observe toutefois une légère hypoesthésie plus marquée au niveau des membres inférieurs. La pression des masses musculaires n'est pas douloureuse. On note du strabisme interne de l'œil droit, une anisocorie : pupille D. G. et un réflexe photomoteur très faible à la lumière et normal à l'accommodation-convergence. Le fond d'œil est normal, de même que le champ visuel. Les réflexes cutanés existent. Troubles de l'arthrie : la parole est scandée, difficile, les mots sont recherchés, d'où lenteur de l'élocution avec désinences traînantes compensatrices et approbativité conciliante. Incontinence du sphincter vésical. Surdité survenue progressivement et actuellement assez accentuée.

Conclusions : tabès vraisemblable.

B) Un état psychopathique caractérisé par des manifestations dépressives: lenteur et ralentissement de la parole et de l'idéation. Difficulté des associations.

Sur fonds de débilité et d'indifférence euphorique, approbativité, puérilité des propos, persévération stéréotypée du langage, avec achoppement aux mots difficiles et évident aux mots d'épreuve. Suggestibilit extrême avec reploiement sur un sentiment de bonheur familial intime et les petites joies quotidiennes de satisfaction végétative. Petite euphorie douce.

Le rappel du cours de la vie, des événements marquants de celle-si sont possibles malgré le ralentissement idéique, mais Mme P... reste très discrète sur les épisodes cruciaux de sa fugue de jeunesse et de son séjour en maison close, ainsi que sur les accidents d'ordre vénérien qu'elle aurait présentés.

Nous n'avons pu reconnaître de troubles psycho-sensoriel de manifestations délirantes ou d'état confusionnel vrai ; l'onirisme signalé s'est considérablement atténué et est rappelé avec précision.

Le diagnostic positif semblait donc banal : débilité mentale avec ralentissement idéo-moteur accompagnant un syndrome neurologique de tabès et d'Argyll-Robertson chez une femme qui, vers 22-23 ans, fit une fugue qui la conduisit à vivre pendant des années (1935-1937) en maison de tolérance, où elle contracta vraisemblablement une affection vénérienne insuffisamment traitée.

C) L'examen viscéral ne révéla aucune anomalie : appareils cardio-pulmonaires normaux. Tension artérielle : 12/7. Abdomen : paroi souple. Foie et rate non perçus à la palpation. Pas d'adénopathies cervicales axillaires, de l'aine, médiastins. L'examen radioscopique est normal.

D) Les examens de laboratoire ont révélé les résultats suivants :

Sang. — 23 octobre 1957 : réactions de Bordet-Wassermann, Kolmer, Kline et Kahn : positives +++ ; test de Nelson : 100 %. — 12 janvier 1959: réactions de Bordet-Wassermann, Kolmer, Kline, Kahn : positives ++++.

Liquide céphalo-rachidien. — 23 octobre 1957 : albumine, 0 g. 85 ‰ ; leu-

cocytes, 5,8 par mm^3 ; réaction du benjoin colloïdal : 22222.00220.00000 ; réaction de Pandy : positive ; réaction de Weichbrodt : positive ; réaction de Bordet-Wassermann : positive.

Urines. — 12 janvier 1959 : albumine, sucres, acétone : réactions négatives.

Traitée par novarsénobenzol (2 g. 15) et pénicilline : 20 millions d'unités, du 27 mars 1958 au 6 mai 1958, et par seize ampoules de bivatol du 23 septembre au 15 novembre 1958.

L'hémogramme (10 avril 1958) : hématies, 4.240.000 ; leucocytes, 10.000 ; plaquettes, 60.000 ; polynucléaires, 89 % ; neutrophiles, 89 % ; mononucléaires, 11 % ; grands lymphocytes, 8 % ; monocytes, 3 %.

Les examens biochimiques du sang révélèrent : fer, 40 mg. 5 ; hémoglobine en g., 12,15 % (normal, 83 %) ; valeur globulaire, 0,88.

Protides totaux : 87 g. 5 ‰ ; sérine : 47 g. 5 ‰ ; globulines : 40 g. ‰ ; rapport sérine/globuline : 1,1 ; phosphore minéral : 33 mg. ‰ ; phosphore total : 127 mg. ; phosphore lipidique : 75 mg. ; phosphatides : 1,87 ‰ ; phosphore acido-soluble : 36 mg. ; calcium : 95 mg. ‰ ; phosphatase alcaline : 4,4 unités Bodansky ; phosphatase acide *p*H 6,4 : 1,4 unité Bodansky ; phosphatase acide *p*H 4,5 : 0,7 unité Bodansky.

Gamma-globulines : 1,86 %.

Hexoses : 68 mg. % ; fucose : 9 mg. 8 % ; hexosamine : 170 mg. % et acide neuraminique : 68 mg. %.

Les examens électrophorétiques du sérum sanguin pratiqués le 2 avril 1958 ont révélé :

Protéinogramme à *p*H 8,6 :

Albumine		44,6 %
Globulines, $\alpha 1$:	1,3	
$\alpha 2$:	9,3	
β :	15,1	55,3 %
γ :	29,6	

Protéinogramme à *p*H 4 :

Orosomucoïdes	2,1 %	99,9 %
Protéines	97,8 %	

Lipoprotéinogamme :

A + $\alpha 1$	13,7 %
$\alpha 2$	4,5 %
β + γ	81,6 %
	99,8 %

Glycoprotéinogramme à *p*H 4 :

Orosomucoïde	13,2 %
Protéines	86,7 %
	99,9 %

Glycoprotéinogramme à *p*H 8,6 (2 avril 1958) :

A + α1	20,5 %
α2	32,5 %
β	34,5 %
γ	12,2 %
	99,7 %

Myélogrammes (20 novembre et 5 décembre 1958) ont donné les résultats suivants : moelle pauvre.

Cellules réticulées	2		Lymphocytes	8	
Hématoblastes	3		Grands monocytes	7	21 %
Myéloblastes	1		Monocytes	2	
Promyélocytes	4		Plasmocytes	4	
Myélocytes neutro.	4				
Myélocytes éosino.	0	65 %			
Métamyélocytes neutro..	3		Pro-érythroblastes	1	
Métamyélocytes éosino..	0		Erythroblastes basoph..	8	
Polyneutrophiles	46		Erythroblastes polychr..	3	14 %
Polyéosinophiles	1		Erythroblastes acidoph..	2	
Polybasophiles	1		Mégacaryocytes	0	

Rapport G/E = 1/4.

De l'étude biologique il résulte :

1) Réactions humorales positives pour la syphilis dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien.

2) Une leucocytose à la limite de la normale (10.000), avec diminution des plaquettes (60.000) et diminution de la valeur globulaire (0,88), ainsi que du fer sérique (40 mg. 5) au moment de la stimulation du système hématopoïétique par les arsenicaux prévalents. Le myélogramme révèle une moelle pauvre à différentes reprises.

3) Une légère augmentation des sucres liés aux protéines sériques, en particulier de l'hexoséamine et de l'acide neuraminique-sialique et aussi l'augmentation nette de l'orosomucoïde du protéinogramme à *p*H 4 (2,1 %) et l'augmentation considérable de l'orosomucoïde du glycoprotéinogramme à *p*H 4 (13,2 %), la normalité représentant 1 à 1,5 % des protéines totales en pourcentage.

4) Une augmentation des globulines (55,3 %) par rapport à l'albumine (44,6 %) du protéinogramme.

5) Le lipoprotéinogramme montre une nette augmentation en pourcentage des lipoprotéines A + α1.

Conclusions. — Ces anomalies sont révélatrices du substratum biologique conditionnant, et la personnalité chimique de Mme P..., et sa personnalité psycho-somatique d'une part et le modelage de celle-ci

* Recherche du taux d'antistraptolysines, 20 novembre 1958 : 80 U.A.S. ; 15 janvier 1959 : cholestérol total, 1 g. 86 ; cholestérol estérifié, 1 g. 02. Rapport E/T : 54 %. Lipides totaux : 6 g. 25 ‰.

sous l'influence de l'affection chronique syphilitique surajoutée. Nous retiendrons surtout de l'ensemble, à la fois l'augmentation marquée des gamma-globulines traduisant vraisemblablement l'intensité des réactions de défense, et aussi l'augmentation des sucres liés aux protéines et le pourcentage plus élevé de l'orosomucoïde. L'intérêt de tels phénomènes nous paraît devoir être souligné, l'abaissement du fer sérique et la pauvreté de la moelle osseuse.

Même durant l'ère des antibiotiques, la syphilis nerveuse doit toujours être considérée comme une affection redoutable par sa longue latence, son insidiosité, le caractère protéiforme de sa traduction clinique. Par suite, elle doit toujours être recherchée opiniâtrement devant tout tableau clinique qui ne fait pas suffisamment sa preuve.

Evolution. — L'aspest clinique lors de l'entrée suggérait apparemment un état dépressif ou un état démentiel. En réalité, l'affaiblissement psychique était plus apparent que profond, les réponses étaient lentes en raison de la surdité partielle, du ralentissement idéo-moteur lié à la dépression et à l'état de semi-inquiétude provoqué par le développement d'une syphilis nerveuse tabétique en voie d'instauration. Sous l'influence du traitement : arsenicaux trivalents, pénicilline, bismuth, survint une régression des troubles ci-dessus énumérés. Mme P... sortit de sa torpeur, ses réponses furent plus rapides, son aboulie céda la place à un besoin d'activité et à un sentiment euphorique de bien-être et d'appétence vitale. Subsistèrent les symptômes oculaires, les signes du tabès, la surdité, et la débilité mentale de fond apparut nettement avec sa suggestibilité approbative et son euphorie puérile.

*
**

C'est dans la banalité clinique de ce cas que réside tout son intérêt ; en effet :

C'est pour un syndrome dépressif que le sujet fut hospitalisé et non pour sa syphilis nerveuse, pourtant en pleine évolution. Ce fait nous démontre la nécessité pour le clinicien, même à l'ère des antibiotiques, d'être toujours en éveil pour penser à l'existence de la syphilis, même devant un tableau clinique d'allure anodine s'extériorisant seulement par des signes psychiques ou neurologiques discrets.

Dans un certain nombre de publications s'échelonnant sur un quart de siècle, nous insistions sur le caractère polymorphe et insidieux de l'infection syphilitique, sur l'attaque simultanée de toute l'économie, y compris le tissu nerveux en cas d'infestation massive par le tréponème pâle, pour démontrer combien devait être opiniâtre et perspicace la recherche étiologique en présence de tout syndrome mental, afin que la chimiothérapie par les As. trivalents et le Bi. pût être curatrice ; nous soulignons la nécessité d'un traitement chimiothérapique de très longue durée pour éteindre l'infection. L'éradication

du tréponème par les antibiotiques, expérimentalement démontrée, empêche-t-elle les réinfestations ? surtout comme dans notre cas chez des sujets soumis à des contages multiples ? C'est ce que l'avenir démontrera.

Les déficients psychiques tels que notre oligophrène payent assurément le plus lourd tribut à la traite des blanches et à l'incompréhension de l'utilité d'une thérapeutique prolongée pour être pleinement efficace.

Enfin, dernier point méritant attention : la personnalité biochimique et biologique du sujet qui explique certaines de ses modalités réactionnelles est caractérisée ici en dehors de ses manifestations sérologiques par des modifications bio-chimiques sanguines précises.

La personnalité biologique et bio-chimique ne peut être séparée de la personnalité psychologique : c'est la conjugaison harmonieuse ou dysharmonique de ces deux éléments qui constitue le substratum des caractères réactionnels de l'être humain. Les modifications biologiques n'ont parfois rien de spécifique en soi ; elles peuvent donc être variables, mais on conçoit quelle peut être leur valeur dans le complexe somato-psycho-pathologique.

BIBLIOGRAPHIE. — P. Chatagnon : Quelques réflexions au sujet de la syphilis nerveuse et de son traitement par la pénicilline. A propos d'une vingtaine d'observations. *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française*, XLV[e] session, Niort. — P. Chatagnon : L'infection syphilitique et ses manifestations nerveuses. Les syndromes mentaux prémonitoires de la paralysie générale progressive. *Le bulletin médical*, p. 409-410, octobre 1947.

Discussion

M. Pichot. — Je voudrais faire deux remarques. La première concerne le diagnostic d'oligophrénie, qui paraît soulever éventuellement une discussion, car la malade avait obtenu le certificat d'études primaires. La seconde concerne l'intérêt des épreuves de surcharge dans le diagnostic des oligophrénies par trouble du métabolisme des glucides, dont certaines variétés comme la galactosémie sont maintenant bien connues.

Polysérites fibreuses et mort soudaine chez une sénile de 84 ans (*A propos de collagénoses*), par Mlle C. Chatagnon (*), MM. F. Marmillon et P. Chatagnon.

Les fibroses péritonéale, pleurale, méningée, ainsi que les périviscérites multiples ont été bien décrites par les anatomo-pathologistes du siècle dernier. Ces fibroses, par les seules complications purement mécaniques qu'elles entraînent ont des conséquences souvent redoutables et toujours importantes. Ces vingt dernières années ont été les témoins d'un prodigieux effort pour tenter d'élucider la structure

* Chargée de recherches à l'I.N.H.

physico-chimique du tissu conjonctif normal et partant pour la compréhension du fait pathologique des collagénoses.

Ce sont quelques éléments des travaux modernes sur les résultats de la médecine expérimentale dans ce domaine que nous voudrions évoquer à propos d'un cas de clinique psychiatrique banal qui démontre :

1) comment des symphyses viscéro-abdominales, viscéro-thoraciques et cérébro-craniennes contribuent à l'apparition de troubles abdominaux et cardio-respiratoires multiples d'ordre mécanique résultant de symphyses coliques et de péricardite fibreuse dont l'asystolie et la mort soudaine sont le terme chez le vieillard et non plus seulement chez l'adulte ;

2) la difficulté de l'identification étiologique des infections atténuées présidant au développement des fibroses des séreuses.

Observation n° 315.084 (résumée). — Pauline est née le 15 avril 1873. Elle resta célibataire, eut une vie professionnelle active : fonctionnaire à la S.N.C.F., elle prit sa retraite sans avoir présenté de passé pathologique et vit dans une chambre inconfortable d'un grand immeuble parisien jusqu'au jour où, sous l'influence de la sénescence, ses facultés mnésiques défaillirent, des idées de préjudice, de spoliation et de persécution se manifestèrent puis se compliquèrent de craintes anxieuses le jour où de grands coups de marteau des ouvriers réparant l'immeuble ébranlèrent les murs de sa chambre. Elle court chez sa voisine, demandant de l'aide. Elle entra ainsi à Maison-Blanche en 1951.

En quelques jours, l'anxiété et l'angoisse tombent, les idées de spoliation et de persécution s'atténuent, le calme de l'âme s'établit à nouveau et de 1951 à 1958 l'adaptation est telle que sa vie s'écoule sans incident ni accident autre que des gestes d'animosité (injustifiée) à l'égard de quelques compagnes, manifestations d'un caractère schizoïde ou relevant d'activité hallucinatoire épisodique.

L'état démentiel est patent. Le déficit est surtout mnésique. Il y a des interprétations et des illusions sensorielles, des troubles de la cénesthésie (fluide dans les jambes, T.S.F., électricité, etc.).

Le comportement est calme : c'est celui d'un vieillard ordonné qui prend soin de soi, qui ne réclame rien et ne souffre pas physiquement. On note toutefois :

1) une hypertension artérielle à 22/10, bien compensée. Le cœur est volumineux. On trouve une sensibilité aux points phréniques. Les battements cardiaques sont assourdis. Cette hypertension ne s'accompagne d'aucun signe rénal. Il n'y a pas d'éléments anormaux dans les urines ;

2) des phénomènes douloureux abdominaux s'accompagnant de constipation. Les algies sont diffuses au cadre colique. Il n'y a pas de défense de la paroi. En 1955, une radiographie du côlon montre « une grosse dilatation de l'angle côlique droit retourné sur lui-même avec évacuation retardée » ;

3) les examens de laboratoire ne révèlent rien d'anormal. Les examens bactériologiques : recherche directe, ensemencement, inoculation aux cobayes = pas de bacilles de Koch. Brutalement, le 17 octobre 1958, au matin, Pauline meurt soudainement, sans plainte, ayant présenté la veille

au soir, alors qu'elle se rendait aux W.-C., un état de malaise lipothymique sans fièvre et sans gravité apparente, ayant spontanément rétrocédé.

Examen anatomique immédiat (17 octobre 1958). — Friabilité considérable des côtes et des os craniens, dont la minceur est extrême.

Crâne : Symphyse serrée et très étendue : dure-mère, périoste ; méninges molles vitreuses sur les deux hémisphères. Les hémisphères sont égaux en volume. On ne constate pas d'hémorragie ni de ramollissement. Pas de lésion en foyer.

Thorax : A gauche, symphyse pleuro-pariétale et pleuro-viscérale très serrée. Poumon gauche et péricarde intimement soudés à la paroi thoracique et au diaphragme. A la coupe : parenchyme pulmonaire normal (apex et lobes). Péricarde énorme ; seule la partie droite du péricarde est libre. A la coupe : liquide jaune citrin, 60 cc. — Cœur : hypertrophie et dilatation, plus marquée au cœur gauche ; œdème gélatiniforme de la pointe ; myocarde non dégénéré. Pas d'endocardite. Athérome au niveau des coronaires, mais l'orifice est perméable. Pédicule vasculaire ; aorte et artère pulmonaire souples, non athéromateuses, non artérioscléreuses. A droite, pas de symphyse de la plèvre. Poumon normal. Pas d'adénopathies au niveau du médiastin. Quelques petits ganglions gros comme un grain de mil.

Abdomen : Paroi adhérente au péritoine duquel elle doit être sculptée. Symphyse péritonéo-pariétale remontant jusqu'au diaphragme qu'elle englobe. Symphyse péritonéo-viscérale cachant le contenu abdominal. L'estomac et le duodénum ne présentent pas de lésion ulcéreuse ou calleuse. Le cadre colique forme une masse indissociable et fixée. Dilatation des angles coliques droit et gauche sur brides mais sans lésion des parois ou de la muqueuse. Pas de tumeur. Pas d'adénopathies dans les mésos. Le grêle est libre et normal à la coupe. Appendice normal et rétrocolique.

Foie : Périhépatite extrêmement adhérente au diaphragme et au péritoine. A la coupe, aspect et consistance normaux. Voies biliaires libres.

Rate, pancréas, surrénales, reins, uretère, vessie : aspect et consistance normaux à la coupe ; de petits kystes sur le fond utérin. Pas de liquide dans le Douglas.

Conclusions. — Fibrose dense, serrée du péritoine, de la plèvre gauche, du péricarde et de la dure-mère, sans lésion macroscopique du tractus digestif. Pas de lésion ulcéreuse ou cicatricielle du pylore, du duodénum et de l'estomac, du foie et des autres viscères abdominaux, sans lésion pulmonaire, ou des ganglions médiastinaux, sans lésion cérébrale. La péricardite fibreuse subtotale adhère intimement à la plèvre gauche, à la plèvre diaphragmatique ; seule, l'aire du cœur droit est encore libre. Le cœur est énorme : hypertrophie et dilatation droite et gauche, avec œdème gélatiniforme des franges graisseuses à la pointe. Absence d'endocardite, de thrombose ou d'infarctus. Seuls les orifices des coronaires sont athéromateux, la calcification est partielle. Le pédicule vasculaire (aorte et artère pulmonaire) est souple, sans athérome. (Il en est de même de l'aorte abdominale et des vaisseaux cérébraux). Il n'y a ni infarctus, ni hémorragie viscérale ou de l'encéphale.

Le fait caractéristique est donc, chez cette hypertendue artérielle, la discrétion des manifestations scléreuses des vaisseaux artériels, et la généra-

lisation de la fibrose aux séreuses péritonéale, pleurale et méningées réalisant une véritable collagénose systémique.

Histologiquement, nous avons pu mettre en évidence les réactions histochimiques connues du tissu collagène sur les portions des fibroses péritonéales péricardiques et pleurales prélevées. La réaction de Mac Manus est positive, de même que la réaction de la métachromasie au bleu de toluidine.

Les préparations histologiques du foie ne présentent aucune altération digne d'être notée du parenchyme ; il n'y a pas de cirrhose. Les vaisseaux hépatiques ne présentent pas d'hyalinisation des artérioles. Au niveau du rein, lésions de néphrite glomérulaire au stade cicatriciel ; les lésions sont toutefois parcellaires. Les gros vaisseaux (aorte, artère sylvienne gauche) ne présentent aucune infiltration, ni athérome, ni artério-sclérose.

Il s'agit donc d'un cas de polysérite fibreuse dont la localisation péricardique a entraîné la mort soudaine par brusque défaillance cardiaque. Cette polysérite fibreuse survenue chez une hypertendue artérielle à sclérose vasculaire discrète, tant au niveau des gros troncs artériels qu'au niveau du cerveau, ne s'est accompagnée d'aucune altération sensible des parenchymes hépatiques, elle pose le problème étiologique des polysérites et du développement de la fibrose.

Depuis que Fernet et Boulland ont décrit au siècle dernier les syndromes pleuro-péritonéaux de la tuberculose, l'on sait la part de cette infection dans les polysérites, dans le développement des brides, des coudures et plicatures intestinales.

En 1939, Duff analysant la fréquence des adhérences péritonéales à l'autopsie, les trouva chez 30 % des personnes n'ayant pas été soumises à la laparotomie et chez 90 % de celles qui avaient subi une intervention chirurgicale. Déjà, en 1914, Payr admettait que 3,5 % de toutes les laparotomies sont réalisées pour obstruction intestinale et selon Christopher, de 30 à 40 % sur ce nombre sont causées par des adhérences péritonéales. N'ayant trouvé dans notre cas aucun antécédent opératoire, traumatique ou chimique, c'est donc l'origine tuberculeuse atténuée qui nous paraît être la plus vraisemblable : et l'histoire clinique a bien été jalonnée de phénomènes d'obstruction ou de sub-occlusion intestinale douloureuse.

Les adhérences pleurales sont le plus souvent causées par les infections et avant tout par l'infection tuberculeuse. La péricardite chronique est également la plus fréquemment associée à la tuberculose, à la fièvre rhumatismale et à la maladie de Pick ; elle peut être aussi une séquelle de certains types de péricardites aiguës (accompagnant des états infectieux). Dans notre cas, le cœur, comprimé par une fibrose progressive, n'avait que peu de liberté d'expansion, et c'est bien par la conséquence de la péricardite constructive qu'il défaillit. L'évolution chronique de cette péricardite eut le temps de réaliser les adhérences fibreuses serrées aux éléments adjacents du médiastin (plèvre-diaphragme) et paroi thoracique.

Si, durant l'ère triomphante de l'anatomo-pathologie du siècle dernier, les polysérites fibreuses étaient considérées comme relevant le

plus souvent de l'infection tuberculeuse atténuée, les acquisitions récentes de la microbiologie, de la médecine expérimentale et de la biochimie sur le tissu conjonctif éclairent d'un jour nouveau les collagénoses.

Les microbiologistes ont étudié d'une façon approfondie le rôle joué par les bactéries et les virus lorsqu'ils envahissent l'organisme. Comment des souches différentes de bactéries et de virus diffèrent dans leur virulence ou leur aptitude à produire l'état pathologique ; pourquoi quelques germes peuvent vivre libres alors que d'autres sont sous la dépendance des cellules vivantes de l'hôte ?

En ce qui concerne l'hôte, l'on a beaucoup appris sur la façon dont les substances passent à travers la barrière épithéliale et sur la dissémination des agents infectieux dans le corps par les voies lymphatique et vasculaire. L'on savait cependant jusqu'alors très peu de choses au sujet de leur dispersion à travers le tissu conjonctif qui — on le sait maintenant — joue un rôle important dans la dissémination ou la localisation des différents agents pathogènes.

La découverte du facteur de diffusion en 1928 par Duran-Reynals fut capitale. Elle montra que l'extrait testiculaire était capable d'accroître la perméabilité du tissu conjonctif ; on reconnut vite que ceci était dû à un effet sur la substance fondamentale. Karl Meyer isole ensuite un polysaccharide visqueux de poids moléculaire élevé du vitré de l'œil qu'il nomma acide hyaluronique. On trouva ultérieurement que ce mucopolysaccharide se trouvait dans tous les tissus conjonctifs. Peu de temps plus tard, le facteur de diffusion testiculaire de Duran-Reynals fut identifié à l'hyaluronidase de Meyer, enzyme apte à dégrader l'acide hyaluronique. C'est Dorfman qui, en 1950, montra que la viscosité des polymères de l'acide hyaluronique dans le tissu conjonctif est grandement réduite par l'hyaluronidase et que ce changement de la viscosité est le résultat d'une dépolymérisation de l'acide hyaluronique.

La discussion générale de la signification de la localisation ou de la dispersion des bactéries ou des virus dans le tissu conjonctif de l'hôte et le rapport de l'hôte avec la maladie est de première importance.

Les bactéries en contact avec la peau vont pénétrer à travers l'épiderme dans le derme. La lésion provoquée par les bactéries sera influencée, et par la rapidité de la dissémination, et par les dimensions de la surface de tissu sur laquelle elles se disséminent en un temps donné. En utilisant des bactéries de degré de virulence différent, Duran-Reynals a montré en 1935 que des bactéries de faible virulence concentrées sur une petite aire de tissu déterminent une lésion tandis qu'il ne se produit pas de lésion si l'aire est plus grande. Sprunt a trouvé que plus la virulence est élevée, plus basse est la concentration de bactéries nécessaires pour causer une lésion. Autrement dit, il y a un taux critique de concentration des bactéries pour le tissu pour chaque degré de virulence des corps microbiens.

Il n'en est pas de même pour les virus. Duran-Reynals a montré en 1935 que, alors qu'il pouvait supprimer une lésion bactérienne en répandant les bactéries sur une grande aire, il ne put jamais supprimer un virus en le répandant sur une vaste surface. Il infère de cette expérience qu'une unité de virus est suffisante pour provoquer l'infection. Cette conclusion n'est pas acceptée par Sprunt, Marx et Béard, qui ont montré en 1940 qu'ils peuvent prendre plusieurs centaines d'unités virales pour causer une infection. Mais en 1939 Sprunt prouva que, plus grande est la dissémination du virus dans un tissu, plus grande est la chance d'une lésion. Cette différence tranchée entre bactérie et virus est due au fait que les bactéries vivent ordinairement partout hors des cellules (?) tandis que les virus se multiplient dans les cellules sensibles et seraient ainsi protégés des mécanismes de défense de l'hôte. Donc, plus grande est l'aire sur laquelle le virus est dispersé, plus grande est la chance de ce virus de nidifier dans une cellule sensible. Peut-être peut-on rapprocher de tels processus, ce qui se produit pour les rickettsies et les bactéries intra-cellulaires qui suivent la règle des virus.

On conçoit donc que l'étendue de la dispersion des agents infectieux dans le tissu conjonctif ait une importance décisive pour les survivants de ces agents. Toutefois, cette diffusion peut être affectée par un certain nombre de substances hormonales et autres qui altèrent la viscosité du tissu conjonctif, mais ces faits n'ont pas jusqu'alors été étendus sur une grande échelle à la pathologie. Lurie (1950), cependant, a observé que la gravité de la tuberculose est accrue chez les animaux d'expérience auxquels on a administré des hormones gonadotropes, et diminuée chez les animaux recevant des hormones œstrogènes. Cette action est expliquée par lui par le fait que les œstrogènes augmentent la viscosité du conjonctif, tandis que les hormones gonadotropes la diminuent. Donc, lorsque les œstrogènes prédominent, les bacilles tuberculeux sont localisés, tandis qu'avec les hormones gonadotropes l'inverse est vrai. Lurie établit aussi qu'une des raisons pour lesquelles les femmes jeunes sont plus sensibles à la tuberculose est le fait que les bacilles sont localisés pendant une partie du cycle menstruel, alors qu'ils se répandent pendant l'autre partie. L'alternance de l'état physiologique est favorable à la maladie parce que les bacilles se multiplient tout d'abord lorsqu'ils sont localisés et diffusent ensuite à travers le conjonctif.

Il y a certes loin de la simplicité relative de situations expérimentales à la complexité du cas de pathologie humaine que nous rapportons et où l'influence hormonale, si elle a pu jouer, n'avait, à notre point de vue, qu'un rôle secondaire. Il n'en demeure pas moins que, bien que le pathologiste soit aux prises avec les problèmes des changements pathologiques des tissus, les données modernes physiologiques du conjonctif ouvrent des voies nouvelles et que la gravité de l'infection bactérienne et virale est sous la dépendance de la perméabilité et partant de la diffusion dans la substance fondamentale du

conjonctif. Les esprits éclairés de l'ère anatomo-pathologique avaient très correctement vu et interprété les phénomènes de fibroses des séreuses. Les acquisitions bio-chimiques et bio-physiques de ces dix dernières années permettent de mieux comprendre les maladies et les réactions systématiques du tissu conjonctif, en établissant que le conjonctif considéré longtemps comme rien d'autre qu'un tissu de soutien passif, est au contraire un tissu actif dynamique, à fonctions propres, spécifiques et sensibles à plus ou moins longue échéance à des actions chimiques thérapeutiques (stéroïdes surrénaux et hexadécidrols de synthèse par exemple).

C'est ce que notre observation nous a montré en plus de l'action mécanique de compression et de sténose péricardique chronique qui, finalement, entraîna une mort soudaine. Mais alors que les syndromes abdomino-thoraciques de Fernet-Bouland étaient décrits ordinairement chez des sujets jeunes, c'est ici chez un vieillard que la polysérite fibreuse s'est développée.

BIBLIOGRAPHIE. — 1. Bost (R. B.) : *South M.J.*, 42, 34, 1949. — 2. Dorfman (A) : *Annal. New-York Acad. Sc.*, 52, 1017, 1950. — 3. Duran-Reynals (F.) : *C.R. Soc. Biol.*, 99, 6, 1928 ; *J. Exper. Med.*, 58, 161, 1933 ; *J. Exper. Med.*, 69, 69, 1939 ; *Bacter. Rev.*, 6, 197, 1942 ; *Sem. Hôp. Paris*, 25, 1047, 1952 ; *Yale J. Biol. Méd.*, 13, 217, 1940 ; *Ann. New-York Acad. Sc.*, 52, 1006, 1950. — 4. Lurie (M. B.) : *Annal. New-York Acad. Sc.*, 52, 1074, 1950. — 5. Mayer (R. L.) et Kull (F. C.) : *Proc. Soc. Exper. Biol. and Med.*, 66, 392, 1947. — 6. Mayer (R. L.) : *Annal. New-York Acad. Sc.*, 52, 1041, 1950. — 7. Payr (B.) : *J.A.M.A.*, 1, 171, 1914. — 8. Sprunt (D. H.) : *Proc. Soc. Exper. Biol. et Med.*, 42, 718, 1939. — 9. Sprunt (D. H.) : *Annal. New-York Acad. Sc.*, 52, 1052, 1950. — 10. Sprunt (D. H.), Marx (W.) et Béard (J. W.) : *J. Infect. Dis.*, 66, 53, 1940. — 11. Taylor (H. M.) et Sprunt (D. H.) : *J. Exper. Med.*, 78, 91, 1943.

Délire de négation chez une jeune femme,

par MM. H. Maurel et J.-P. Spielmann

Observation. — Née en 1929, Jacqueline est âgée de 29 ans. Son père mourut lorsqu'elle avait 5 ans. Sa mère, tardivement mariée, veuve six ans plus tard, travailla durement pour élever ses deux enfants. Le frère cadet de Jacqueline jouit d'une bonne santé. Parmi les antécédents familiaux, on relève une psychose ménopausique dépressive chez une tante maternelle, qui guérit après une cure en milieu hospitalier.

Jacqueline fréquenta l'école primaire ; elle aurait obtenu le certificat d'études. Son enfance fut marquée de plusieurs séjours en aériums, préventoriums, colonies de vacances. A l'âge de 7 ans, elle fut atteinte d'une chorée de Sydenham qui guérit sans séquelles cardiaques. Son tempérament émotif et sa santé précaire la placèrent toujours dans une situation de dépendance par rapport à sa mère, dont elle ne se sépara qu'à l'âge de 28 ans, pour aussitôt tomber malade. Personnage de veuve énergique et virile, cette mère assumait à sa place les travaux matériels et les initiatives.

Mariée en 1950, Jacqueline reste donc dans sa maison natale. Son époux, d'intelligence fruste et d'humeur conciliante, accepte pendant sept ans, non

seulement de cohabiter avec une belle-mère acariâtre, mais de parcourir chaque jour plus de trente kilomètres pour se rendre au lieu de son travail. Quatre grossesses successives, en 1951, 1953, 1956 et 1957, surmenèrent Jacqueline.

Survient en septembre 1957 un événement mémorable. Après sept ans d'hésitations, la décision du déménagement est prise : Jacqueline quitte la maison maternelle pour se fixer à B... avec son mari et ses quatre enfants, dont le dernier est âgé de quatre mois. Après six semaines d'allaitement et deux menstruations normales s'installe, aussitôt après le déménagement, en octobre 1957, une aménorrhée qui dure encore actuellement. Les premiers troubles psychiques datent de cette époque. Consulté en janvier 1958, un psychiatre observe les symptômes d'un état dépressif apparemment banal, et prescrit des injections de dinitrile succinique. Aussitôt après ce traitement, Jacqueline, revenue chez sa mère pour se reposer, exprime pour la première fois des idées délirantes à thème de négation. Elle est alors placée, en mai 1958, dans un service ouvert de neuropsychiatrie où, sans aucun succès, elle est traitée par six électro-chocs associés à la chlorpromazine. Après un séjour en maison de repos et une vaine tentative de réadaptation familiale, la malade nous est confiée le 7 juillet 1958.

L'examen psychiatrique permet alors de mettre en évidence un riche délire à thème de négation et de méconnaissance. « Depuis mon premier enfant je ne suis plus une femme, je ne suis plus personne. A ce moment-là, j'aurais déjà dû me faire soigner. Je n'ai jamais vu mes règles, je ne suis pas une femme. J'ai eu quatre enfants et, je vous assure, docteur, je ne sais pas comment je les ai eus. Je ne sais pas ce que je fais de ma vie. Mes enfants sont comme moi : je crois qu'ils ne pourront jamais mourir. Je n'ai pas de cœur, pourtant on dit qu'on ne peut pas vivre sans cœur. Je n'ai plus d'urines, je ne vais plus à la selle. Je mange mais je ne mange pas, je mange parce que tout le monde est assis à table, mais je n'ai pas d'estomac. C'est comme si je n'avais plus de colonne vertébrale. Avant je savais si bien parler, et maintenant je ne sais même plus ça. Je ne sais pas comment je vis. Mon mari, c'est pareil, ce n'est personne, ce n'est pas un homme.

— Avez-vous déjà pensé à vous tuer ?

— Non, même si je le faisais, je ne serais jamais enlevée (*sic*). Je n'ai jamais dû avoir d'ovaires ; je ne comprends pas comment j'ai pu avoir les derniers enfants. Les accouchements n'ont jamais été normaux. Ce n'est pas du tout la peine que je sois ici. Je suis cassée depuis que j'ai eu ces piqûres. Je suis cassée, brisée. Je ne peux pas dire comment je suis. Je sais comment j'étais avant, maintenant je suis autrement. Je ne peux pas rester sur terre, les petits non plus ne sont pas bien, je voudrais mourir avec eux tous ensemble (sourire). On serait débarrassés comme ça : on peut quand même pas rester sur terre sans organes. Je ne comprends même pas comment ça peut se faire. On ne peut pas vivre ni mourir. Je ne vis pas comme il faut, et mourir, je ne le peux pas. Si on me fusillait maintenant, je resterais comme ça sans mourir. Mon parler, c'est pas le vrai parler. Ces piqûres m'ont coupée, tournée, même les yeux, comme si les yeux s'étaient mis en dedans. »

Un certain maniérisme nuance la présentation, les gestes, la démarche. La mimique est mobile, animée ; la parole, rapide et précise, manifeste l'intégrité du cours de la pensée. Le délire, le plus souvent, n'est pas spontanément exprimé, mais jaillit sans réticence dès la première question,

accompagné d'une mimique théâtrale de torsion des poignets et de gémissements sans larmes. L'observateur n'éprouve pas le sentiment d'une anxiété authentique. Le sourire persiste. Jamais la malade n'exprime d'idées de culpabilité ; jamais elle ne fait paraître de velléités de suicide, se bornant à souhaiter parfois, pour elle et pour les siens, une mort spontanée qu'elle dit impossible. Le comportement, en désaccord avec le délire, est marqué d'un discret fléchissement de l'initiative et de l'activité. Soulignons la docilité de la malade, l'absence de tout négativisme. Le niveau intellectuel est fruste (quotient intellectuel 80 à l'épreuve de Weschler-Bellevue). Le test de Rorschach montre une stéréotypie anatomique, l'absence de réponses-couleur, le refus des planches III, VII et X.

Sur le plan somatique, on ne relève pas d'autre anomalie qu'une aménorrhée prolongée, à l'origine de laquelle un examen gynécologique ne découvre aucune étiologie organique.

L'évolution, telle qu'elle apparaît treize mois après les premiers troubles délirants et au huitième mois d'observation dans notre service, montre la gravité de la psychose. Rappelons tout d'abord l'échec d'une série d'électrochocs avant l'hospitalisation actuelle. Un traitement par la lévomépromazine, à doses croissantes jusqu'à 350 mg. *per os*, obtient une amélioration notable, mais il ne peut être maintenu longtemps à une posologie aussi élevée et la malade rechute dès la diminution des doses. Une tentative de cure par un psychomimétique aggrave l'état mental ; de même, un traitement par la sulfamidophénothiazine. L'imipramine n'obtient qu'une amélioration légère. Nous essayons alors une deuxième cure de neuf électrochocs, au terme de laquelle nous observons une exagération du maniérisme et de la discordance. Considérant que, dans ces conditions, il n'est guère permis d'espérer un résultat favorable d'une cure de Sakel, nous prescrivons à nouveau de la lévomépromazine, qui semble, chez notre malade, constituer le traitement le moins inefficace.

Au cours de cette longue période d'observation et de thérapeutique, le délire n'a jamais disparu, s'est toujours exprimé de la même façon, sans aucune variation thématique. Les « améliorations » n'ont jamais dépassé l'acquisition d'un pouvoir de demi-réticence, la malade n'exprimant son délire que sur notre interrogation pressante.

Ce cas nous a paru digne de vous être présenté, en raison, tout d'abord, de particularités séméiologiques. Si l'on observe fréquemment des thèmes de négation fugaces, associés à un complexe délirant polymorphe, au cours des bouffées délirantes aiguës ou des formes paranoïdes de la schizophrénie, il est exceptionnel de rencontrer, chez des sujets jeunes, de véritables délires de négation, systématisés et durables. La mélancolie elle-même ne tend pas à devenir négatrice qu'à partir de l'âge mûr, le plus souvent après plusieurs accès, comme le signalait Cotard. Dans la littérature, un seul cas nous semble comparable, à cet égard, à celui que nous exposons aujourd'hui : celui de Mignot et Mlle Lacassagne, qui rapportèrent en 1937 l'observation d'un syndrome de Cotard chez une jeune fille de 20 ans, spontanément curable en quelques mois, malgré l'allure discordante du tableau clinique.

Le problème nosographique posé par notre observation n'est pas

facile à résoudre. Ce délire systématisé de négation, inscrit sur un fond d'anormie et de discordance légère, ne constitue pas un véritable syndrome de Cotard : d'importants éléments sont absents, telles les idées de damnation ou de possession et la propension au suicide. La négation de soi, la négation d'organes, l'impossibilité de vivre et de mourir, l'extension de ces thèmes à l'époux et surtout aux enfants, constituent l'essentiel d'un délire fixé, inséré dans un comportement où l'anxiété n'apparaît guère. L'absence de toute culpabilité manifeste distingue nettement ce délire des syndromes de Cotard de la mélancolie, dont on sait par ailleurs, depuis les travaux de Delay, qu'ils sont presque toujours, sinon guéris, du moins transitoirement améliorés par l'électro-choc. En présence d'une psychose nuancée de discordance, l'hypothèse la plus naturelle est celle d'une évolution hébéphrénique ; mais chez notre malade la dissociation reste très atténuée, et le tableau clinique évoquerait plutôt la discordance limitée, partielle, des syndromes de Cotard de la mélancolie chronique, considérés par H. Ey comme des paraphrénies post-mélancoliques. C'est en effet à la façon d'un délire chronique que se présente le cas de Jacqueline. Par là nous entendons, non point un pronostic d'incurabilité, mais la notion d'une structure psychopathologique différente de la mélancolie et de l'hébéphrénie. Notre malade n'est pas damnée dans le cercle infernal de l'anxiété mélancolique ni divisée par une désagrégation schizophrénique. Elle est d'abord et surtout délirante, c'est-à-dire que sa psychose s'exprime par des mots et se présente sous une forme thématique.

La « pureté » d'une folie presque entièrement réductible au système verbal d'un délire nous paraît, d'un point de vue psychopathologique, digne de quelque intérêt. La négation, ici, se désincarne du contexte habituel d'anxiété, d'opposition, de tendance au suicide. Cette dissociation — dont nous reconnaissons la rareté, et qui, dans notre observation, n'est en fait qu'une limite idéale vers où tend la psychose, sans tout à fait l'atteindre —, peut nous aider peut-être à mieux saisir la signification d'un thème que nous voyons capable de se placer en discordance avec l'action ou le comportement qui paraîtraient lui correspondre. Parlée mais non vécue, la négation, telle que notre cas la présente, apporte un démenti à la conception de Cotard suivant laquelle la « folie d'opposition » de Guislain ne serait « pour ainsi dire que le côté moral » du délire de négation. Malgré qu'elle leur soit souvent associée dans le tableau de la mélancolie, l'idée de négation est radicalement distincte des comportements négateurs. Par contre, elle est subordonnée à l'attitude négatrice que l'on trouve généralement impliquée dans la phénoménologie des délires. Suivre Cotard dans l'équivoque, issue des pièges du langage, entre la négation et le négativisme, serait admettre l'extraordinaire particularité d'un thème délirant qui serait négatif. Toute attitude délirante peut être dite négative — que ce soit, par exemple, celle du persécuté ou du mégalomane —, en ce qu'elle suppose une méconnais-

sance, mais non un thème délirant, proposition d'un ordre et d'une construction. Or, les idées de négation constituent bien un thème, non point le thème du néant, mais la donnée d'une transformation, d'une réforme positive, connexe, comme on le sait, d'idées d'énormité, de damnation, de possession, capable même, avec l'idée d'immortalité, de nier le néant. « Je sais comment j'étais avant ; maintenant je suis autrement », dit Jacqueline, exprimant clairement son accession à une forme nouvelle d'existence. L'idée de négation est négative dans la mesure seulement où elle est délirante, et ne comporte aucune négation qui lui soit spécifique. Le thème qu'elle expose affirme, tout autant que ceux de la mégalomanie ou du délire de persécution. Sa seule particularité est la forme spécieuse qui met en évidence une trompeuse négation, pour mieux dissimuler, peut-être, le secret d'une méconnaissance que le langage ne dit pas. S'il est vrai, comme l'écrit Cotard, que « généralement les aliénés sont négateurs », en revanche leurs thèmes délirants sont toujours « positifs », de sorte que nous pourrions paradoxalement conclure qu'au sens strict il n'y a pas d' « idées de négation ».

BIBLIOGRAPHIE SOMMAIRE. — Capgras (J.) et Daumézon (G.) : *Syndrome de Cotard atypique. Annales médico-psychologiques,* 1936, II, 806-811. — Cotard (J.) : Du délire des négations (1882), in *Etudes sur les maladies cérébrales et mentales,* un vol., 1891, p. 314-344. — Delay (J.), Mme Dreyfus-Moreau, MM. Gendrot et Digo ; Sur le pronostic des syndromes de Cotard traités par l'électro-choc. *Annales médico-psychologiques,* 1946, I, 147-152. — Ey (H.) : Délire des négations, in *Etudes psychiatriques,* t. II, 1950 ; Mélancolie, in *Etudes psychiatriques,* t. III, 1954. — Séglas (J.) : *Le délire des négations,* un vol., 1897.

Discussion

M. Paul Abély. — En écoutant la très intéressante communication de M. Maurel, je crois en effet qu'au sens strict du mot il ne s'agit pas d'un véritable délire de négation mais bien plutôt de ce qu'on a appelé une méconnaissance systématique, le rejet plus ou moins conscient d'un passé douloureux et une tentative de fuite devant un avenir tout aussi angoissant, ce que Sartre appelle un refuge dans la néantisation par la mauvaise foi. Il s'agit aussi et avant tout d'une psychose post-puerpérale d'épuisement physique et neuro-endocrinien survenue en cours d'allaitement et après quatre grossesses successives. Cette malade ressemble beaucoup à ces cas de pseudo-schizophrénies post-puerpérales qui se distinguent des vraies par la conservation de l'amour maternel (ce qui est le cas ici) et qui guérissent souvent, si les lésions hypophyso-hypothalamiques ne sont pas irréversibles, par une revigorisation de ce couple neuro-endocrinien, c'est-à-dire par une pneumo-encéphalographie gazeuse suivie huit jours plus tard de trois électro-chocs successifs.

En général, dans ces états du post-partum, les neuroleptiques sont contre-indiqués, car ils bloquent et aggravent la rééquilibration anté-hypophysaire.

La séance est levée à 18 heures.

Les secrétaires des séances :
MM. J. Lafon et L. Vidard.

SOCIÉTÉS

Groupement français d'études de neuro-psycho-pathologie infantile

Séance du 19 janvier 1959

Présidence : M. Clément LAUNAY, président

Image de soi et mouvement. Étude clinique des perturbations chez l'enfant, par M. A. Tournay et Mme S. Albitreccia

Les auteurs étudient la répercussion des troubles du mouvement sur la somatognosie. La dissociation des mouvements permet la prise de conscience du corps propre. La rééducation du schéma corporel paraît essentielle et est basée sur les exercices qui ont en vue l'éveil de la sensibilité proprioceptive.

Étude comparée de l'action du phénobarbital et de la chlorpromazine chez l'enfant selon le type de tracé E.E.G., par MM. L. Michaux, E. Meurice et G. Lelord.

Une étude analytique de la réactivité électro-encéphalographique est effectuée par les auteurs suivant une technique inspirée de celle du conditionnement pavlovien. Les réponses aux stimulations sont évaluées numériquement. 14 sujets indemnes d'affection organique épileptique ou démentielle sont examinés. Pour chaque sujet, six tracés sont enregistrés : deux avant traitement, deux avec phénobarbital, deux avec chlorpromazine. Il apparaît que l'action différente de ces drogues varie sensiblement suivant la stimulation utilisée (son, lumière, sonnerie violente) et suivant le type de tracé.

Essai de mise au point d'une forme abrégée de l'échelle de Weschler-Bellevue pour enfants, par Mlle L. Moor

Il semble possible d'utiliser dans un but de sondage rapide une forme abrégée de l'échelle de Weschler-Bellevue pour enfants comportant les qua-

tre subtests suivants : information, similitudes, lacunes, cubes de Kohs. Il faut respecter les consignes et systèmes de notation de l'échelle originale et n'utiliser cette formule que quand les résultats aux subtests utilisés sont assez homogènes. En cas de dispersion, il y a lieu de compléter le test. En étudiant 125 cas, l'auteur obtient une corrélation de .89 entre le quotient intellectuel de la forme réduite et le quotient intellectuel global original.

Un cas d'hypersensualité maladive à prédominance olfactive, à type de perversion sexuelle grave, d'origine diencéphalitique, chez un jeune garçon parfaitement impubère de 11 ans et 8 mois, par MM. L. Michaux, Flavigny, Lefranc, Verdun.

S. Lebovici.

Société de neuro-psychiatrie médico-sociale de la région lyonnaise

Séance du 21 décembre 1958

Premiers résultats concernant l'emploi d'un dérivé de l'iminodibenzyle (G. 22.355) en pratique psychiatrique hospitalière, par MM. P.-A. Lambert, A. Diéderichs et J. Vacogne.

Un dérivé de l'iminodibenzyle (Geigy 22.355), utilisé chez douze malades, dont onze atteints de dépressions diverses, nous a donné de bons ou d'excellents résultats chez neuf malades. Il se confirme que l'indication actuellement la mieux différenciée de ce nouveau médicament est la dépression mélancolique, mais d'autres types d'états dépressifs peuvent être également améliorés. Les doses de médicaments n'ont pas dépassé 400 mg. et la durée de traitement a été comprise entre quinze jours à trois mois. Les incidents ont dans l'ensemble été mineurs, exagération d'un parkinson sénile, sécheresse de la bouche, « vertiges », constipation... Les essais actuels demandent à être poursuivis, mais de nos propres observations comme des publications faites par différents auteurs, il ressort que le G. 22.355 présente un intérêt et des avantages indiscutables dans les traitements hospitaliers ou extra-hospitaliers de certains malades mentaux.

Bilan sommaire de 1.000 observations de buveurs psychiatriques de la région lyonnaise, par MM. A. Requet, C. Nachin et M.-L. Barraut (hôpital psychiatrique du Vinatier).

Les auteurs commentent un tableau où est relevée la fréquence de caractères recherchés systématiquement chez 1.000 buveurs, en majorité d'origine urbaine et ouvrière. La génotypie (psychiatrique, psychopathique, alcoo-

lique) est rencontrée dans 57 % des cas, la défection parentale dans 47 % des cas. L'échec matrimonial, l'échec professionnel, des antécédents pathologiques sérieux, les ivresses pathologiques et la désadaptation sociale touchent également près de la moitié de ces malades. Par contre, le taux de la détérioration biologique d'origine alcoolique est modérée (16 %), ce qui rejoint la notion d'une alcoolisation relativement modeste de ces sujets, qui sont avant tout des intolérants à l'alcool.

Les rechutes après sortie de l'hôpital psychiatrique,
par MM. G. Bec, H. Bonnet et G. Rousseau

263 dossiers de malades sorties d'un hôpital psychiatrique rural depuis un laps de temps variant entre cinq mois et quatre ans et demi, ont été revus, et les causes des 60 réhospitalisations, recherchées.

Ont été étudiées les rechutes en fonction de l'ancienneté de la sortie, de la durée du séjour, du type de placement (libre ou loi de 1838), de la catégorie nosographique de la maladie, de la nature du « milieu de sortie », enfin en fonction des facteurs psycho-sociaux, et de la continuité du traitement après la sortie.

Une des constatations les plus intéressantes auxquelles aboutit cette enquête est l'importance de la nature du « milieu de sortie » et, d'une façon plus générale, des facteurs psycho-sociaux qui, à eux seuls, rendent compte d'environ 40 % des réhospitalisations.

Milieu intra-cellulaire et pathologie mentale. Considérations à propos du K. globulaire, par M. J. Pougetoux, Mme Vacogne et M. Vu Dinh Giap, avec la collaboration technique du Dr Angueloff, médecin-biologiste de l'hôpital psychiatrique de Bassens.

Au cours de cette communication inspirée des travaux de Laborit et de son école, les auteurs rapportent un ensemble de remarques qui leur ont été suggérées par la mesure du K. globulaire (E. Bernard-Weil et D. Petit-Dutaillis : *Presse médicale*, juin 1957), conjointement à l'étude des rapports $\frac{Na\,e}{Kgb}$ et $\frac{Kgl}{Ke}$ chez une cinquantaine de malades mentaux.

D'un point de vue nosologique, si un même tableau clinique aigu (manie, mélancolie, bouffées délirantes) peut être corrélatif, soit d'un S. hyponatrémique relatif avec hyperkaliglobulie, soit d'un S. hypernatrémique relatif avec hypokaliglobulie, la présentation paranoïde des états schizophréniques correspond le plus souvent à un S. hyponatrémique relatif avec hyperkaliglobulie, s'opposant ainsi au S. hypernatrémique relatif avec hypokaliglobulie des formes hébéphréno-catatoniques.

Du point de vue thérapeutique, la presque quasi-constance de l'amélioration clinique sous imprégnation prolongée par le 4560 R.P. ou le 7044 R.P. chez des psychopathes en hypokaliglobulie contraste avec la rareté d'une telle amélioration en cas d'hyperkaliglobulie. L'hyponatrémie avec hyperkaliglobulie accompagne la transformation paranoïde des états hébéphréno-catatoniques sous 7044 R.P.

Ainsi s'explique dans une certaine mesure que, d'une part, des états aigus de présentation différente, parfois opposée, puissent réagir favorablement à une même thérapeutique tandis qu'une même symptomatologie peut, sous

l'influence d'un même traitement se dissiper ou résister, enfin, d'autre part, qu'au cours des états schizophréniques l'amélioration apparente ne soit souvent qu'une autre forme d'extériorisation du trouble mental. Rappelant la synthèse clinique des classiques, les formes paranoïdes se situeraient à l'étage cellulaire sur le chemin qui mène de l'hypokaliglobulie (dépolarisation ?) à l'hyperkaliglobulie (surpolarisation ?), pôles extrêmes corrélatifs de la présentation catatonique spontanée ou induite pharmacologiquement (4560 R.P. et réserpine).

Ces constatations à partir du K globulaire sont à rapprocher de celles déduites par Coirault par la méthode des bilans ioniques et la mesure de l'excitabilité neuro-musculaire. Des études complémentaires, plus particulièrement la confrontation des résultats fournis par la mesure de l'excitabilité neuro-musculaire et le dosage du K globulaire, restent nécessaires.

A propos d'une enquête humorale chez des psychopathes, par M. J. Pougetoux, Mme Vacogne et M. Vu Dinh Giap

A propos d'une enquête humorale pratiquée chez des psychopathes par G. Sandor et C. Chatagnon (*Bulletin de l'Académie nationale de médecine,* n° 17-18, juin 1958), les auteurs se permettent de rappeler une note préliminaire de l'un d'eux (en collaboration avec M. Gleye), consacrée à la « Fiche de Sandor dans les syndromes discordants » (résumé, in *Annales médico-psychologiques,* mai 1956, p. 876). Les commentaires des auteurs ci-dessus cités au sujet des corrélations entre l'hyper-γ, l'hyper-α et le mode d'appréhension du monde sont à rapprocher des corrélations entre les comportements induits pharmacologiquement par le 4560 R.P. et la réserpine d'une part et le syndrome biologique qui les accompagne (respectivement déviation alcaline et acide : résumé, in *Annales médico-psychologiques,* janvier 1958, p. 153, et mai 1956, p. 880).

Les rapports du S.R.E. avec les phénomènes enzymatiques, plus particulièrement avec la cholinestérase (Laborit, 1952), les phénomènes d'oxydoréduction (système de la ferritine, Baez et coll., in *Presse médicale,* 31 mai 1958, p. 977) et l'équilibre osmo-électrique des compartiments cellulaires et extra-cellulaires (hémogliase de J. de Larebeyrette) situent à un niveau privilégié l'étude en pathologie mentale du S.R.E. conçu sous l'angle mésenchymateux et considéré dans l'état d'esprit défini par H. Laborit dans son essai « A la recherche des bases d'une psycho-biologie : Aperçus psychiatriques et psycho-pharmacologiques (in *Annales médico-psychologiques,* décembre 1957).

Aspects neurologiques, cliniques et électro-encéphalographiques de certaines psychoses à leur début, par MM. L. Bourrat, B. Schott et G. Aimard.

Trois observations sont rapportées, dans lesquelles la séméiologie clinique et électrique initiale fut celle d'affections cérébrales localisées, alors que l'évolution devait, dans les trois cas, être celle d'une maladie psychiatrique. Dans deux cas au moins, le diagnostic de tumeur cérébrale avait été fortement suspecté après les premiers examens et les malades adressés pour intervention neuro-chirurgicale. Dans le troisième cas, l'hypothèse d'une throm-

bose de la carotide semblait pouvoir être envisagée. Au point de vue clinique, l'élément séméiologique commun de localisation était une hémiparésie, qui ne fut chaque fois que transitoire. Les altérations électro-encéphalographiques consistaient en ondes lentes de type delta nettement localisées à une région de l'hémisphère. Les autres examens pratiqués (artériographie et pneumo-encéphalographie gazeuse) permettaient d'éliminer un processus tumoral.

Le diagnostic porté fut dans deux cas celui de processus schizophrénique, qui firent poser une indication de cure de Sakel. Chez un de ces malades, la première manifestation de la maladie avait été une aphasie. Dans le troisième cas, qui concernait un homme de 50 ans, il s'agissait d'un épisode confuso-onirique, suivi d'un état maniaque ayant guéri par la sismothérapie, longtemps différée en raison des stigmates électro-encéphalographiques de souffrance cérébrale localisée. La guérison clinique fut accompagnée au bout de quelques semaines d'une disparition complète des anomalies électriques.

L'intérêt de ces trois observations semble surtout d'ordre pratique : elles ont en effet posé des problèmes inhabituels en pratique neuro-psychiatrique où il est beaucoup plus courant de redouter une affection organique focalisée derrière une scène psychiatrique que d'avoir à rejeter le diagnostic de lésion organique malgré la présence de signes focaux.

Cependant, l'existence de tels symptômes fait discuter la nature exacte de telles affections psychiatriques. Différentes hypothèses peuvent être invoquées sans que l'on dispose d'arguments suffisants pour se rallier formellement à l'une d'entre elles : processus abiotrophique déjà évoqué par H. Claude pour certaines formes de schizophrénie — origine inflammatoire encéphalitique faisant discuter les rapports de tels faits avec les formes psychiatriques des encéphalites, comme en ont rapporté van Gehuchten et plus récemment Rademaker.

A propos d'un cas de mélancolie grave chez une malade atteinte de sclérose en plaques, par MM. Cl. Bange (Service Dr Achaintre hôpital psychiatrique du Vinatier).

L'auteur rapporte l'observation d'une malade de 46 ans, internée pour un syndrome mélancolique évoluant depuis deux années, présentant par ailleurs un goitre diffus, une hypertension artérielle à 21/12, une neurofibromatose cutanée de Recklinghausen, une hémiparésie droite d'origine indéterminée, apparue il y a deux ans en même temps que la malade faisait sa ménopause — génotypie et génotropisme pathologiques. Après de nombreuses améliorations suivies de rapides rechutes, la malade, qui recevait de la lévomépromazine *per os*, meurt subitement. L'examen histopathologique montre qu'il s'agissait d'une sclérose multiloculaire.

L'observation anatomique ne permet pas de conclure à une genèse organique par les « plaques » ou par des lésions inflammatoires corticales diffuses ; les données chronologiques ne permettent pas de penser à une simple association du syndrome psychotique et de la maladie neurologique ; la sclérose en plaques est, dans ce cas particulier, un des facteurs convergents à la détermination de la maladie mentale.

Kyste dermoïde du IV^e^ ventricule chez un sujet présentant depuis 20 ans des troubles mentaux, par MM. H. Collomb, M Berard-Badier, J. Laurent et H. Payan.

Un malade âgé de 48 ans est hospitalisé à la suite d'un accident d'allure comitiale. Le diagnostic porté est celui de méningo-encéphalite, sans qu'aucune étiologie puisse être découverte. Dans les antécédents du sujet on notait: 1) des troubles caractériels ayant débuté à l'âge de 28 ans ; 2) une paralysie des VI^e^ et VII^e^ droits. Après quelques mois d'évolution, au cours desquels un tableau démentiel s'installa, le malade décède brusquement.

A l'autopsie, on découvre une importante atrophie corticale et sous-corticale et un kyste dermoïde du IV^e^ ventricule. Ce kyste était rompu depuis longtemps, étant donné les réactions cellulaires de la leptoméninge et la présence de dépôts anormaux graisseux sur tout le système ventriculaire.

La paralysie des nerfs craniens paraît pouvoir s'expliquer par la découverte d'un hématome calcifié dans la méninge de la portion droite de la protubérance. On ne peut toutefois éliminer une atteinte bulbaire par la tumeur.

Le kyste est-il responsable des troubles mentaux ? Lors de fissures ou de ruptures, les produits toxiques intra-kystiques libérés, entraînant diverses réactions de l'encéphale peuvent, peut-être, les expliquer.

Manifestations pithiatiques apparues au décours d'un syndrome de Guillain-Barré, par MM. J. Laurent, P. Girard et R. Plas.

L'observation concerne un jeune homme de 23 ans qui, au décours d'une polyradiculonévrite avec dissociation albumino-cytologique, présente des manifestations paralytiques et dyspnéiques paroxystiques. Les crises réalisent un tableau impressionnant avec pauses respiratoires de 30 à 50 secondes. Le diagnostic n'est fait qu'après plusieurs crises, lorsqu'elles revêtent un aspect théâtral plus classique. L'évolution a été suivie au point de vue électro-encéphalographique. Les altérations, constatées au début des manifestations, régressent en même temps que le malade devient plus accessible à la psychothérapie.

Il ne semble pas que l'affection organique ait été révélatrice d'une névrose sous-jacente. Plus séduisante est l'hypothèse d'une atteinte mésencéphalique par l'agent responsable du syndrome de Guillain-Barré. Celle-ci faciliterait des décompensations paroxystiques de type hystérique.

La myélographie au pentopaque,
par MM. A. Lévy, Cl. Lapras et Bosser (projections)

Les auteurs attirent l'attention grâce à des clichés très démonstratifs sur l'intérêt de ce nouveau produit de contraste. Des injections de 5 cc. de pentopaque par voie lombaire permettent de bien préciser les contours d'une tumeur intrarachidienne quel que soit son siège.

Il est également possible, grâce à la fluidité du produit, de le retirer par ponction lombaire, en position couchée, et d'éviter ainsi les réactions arachnoïdiennes.

Aspect radiologique des tumeurs de la jonction III^e^ ventricule, aque uc de Sylvius, par MM. A. Lévy et Cl. Lapras (Projections)

Groupe d'étude de psycho-pharmacologie biochimique

Compte rendu de la séance du 18 janvier 1959 consacrée à la prochlorpérazine

Présidence : M. le professeur agrégé H. BARUK

Le groupe d'études de psycho-pharmacologie biochimique s'est réuni à l'établissement national de Saint-Maurice, sous la présidence du professeur agrégé H. Baruk. Cette séance était consacrée à l'étude expérimentale et clinique de la prochlorpérazine ou 6140 R.P.

L'expérimentation animale du 6140 R.P., par Mme Courvoisier

Mme Courvoisier fait part de son expérience de la prochlorpérazine en expérimentation animale, et plus particulièrement chez le singe. Chez ce dernier elle a obtenu, avec des doses de 3 à 5 mg. par kg., des manifestations comparables à celles observées chez l'homme et qui ont été décrites sous le nom de « crise stémétilienne ». Cependant, il est intéressant de souligner que, sur 42 singes en expérimentation, 3 animaux seulement répondent par ces manifestations, qui deviennent d'ailleurs de plus en plus intenses au fur et à mesure que l'on répète les expériences.

Fait suite une discussion à laquelle participent : MM. Leyritz, Brunaud, et le professeur Baruk.

Expérience clinique de la prochlorpérazine,
par MM. H. Baruk, J. Launay, Mlle C. Tardy, MM. P. Boige et J. Bricourt

Les auteurs rapportent le fruit de leurs essais cliniques de la prochlorpérazine en psychiatrie et en dégagent, d'une part les indications thérapeutiques précises, d'autre part l'absence des grands accidents neurologiques signalés par de nombreux auteurs. Leur travail porte sur 81 malades, dont 18 femmes et 63 hommes, avec pour résultats 18 améliorations très importantes dont 2 sorties définitives, 20 améliorations notables et nettes, 34 échecs, 9 aggravations à type d'excitation psychomotrice anxieuse. Les auteurs insistent sur l'intérêt de la prochlorpérazine, en particulier dans les états catatoniques mais aussi dans les formes dépressives asthéniques avec manque d'entrain, manque d'élan. De même, dans les états dépressifs atypiques. Après un an d'utilisation du produit, les auteurs n'ont observé aucune manifestation paroxystique du type « crise stémétilienne ».

Fait suite une discussion, à laquelle participent : MM. Letailleur, Thuillier, Borenstein, Coirault, Montassut, Benda, Schuller, Launay et professeur H. Baruk.

Problème de la recherche scientifique en psychiatrie

M. le professeur Baruk fait part d'une lettre qu'il a reçue du ministère de la santé publique en vue de l'élaboration d'un rapport sur l'organisation de la recherche scientifique en psychiatrie.

A la suite d'une discussion, à laquelle ont pris part : M. le professeur H. Baruk, MM. les Drs Benda, Borenstein, Brunaud, Th. Cahn, professeur Coirault, M. M. Delaville, Drs Launay, Letailleur, Leyritz, Martin, Montassut, M. Perlès, Drs Rosenberg, Schuller, Thuillier et Veyziris, le vœu suivant a été voté à l'unanimité et adressé au ministère de la santé publique :

Vœu émis par le groupe d'études de psycho-pharmacologie biochimique

1) La psychiatrie étant sortie des méthodes de contemplation et de contention est passée au stade des méthodes expérimentales et de recherches scientifiques clinico-biologiques ainsi que l'ont fait ressortir les congrès de Zurich en 1957 et de Rome en 1958.

2) Toutes les organisations scientifiques du monde sont d'accord sur le fait que la recherche scientifique, pour être productive, doit être libre et laissée à l'initiative des chercheurs.

3) Le rôle des Pouvoirs publics et des Administrations est de mettre à la disposition des chercheurs les crédits et les appareils dont ils ont besoin et de les aider en leur donnant du matériel et du personnel qualifié pour la recherche.

Compte rendu de la séance du 22 février 1959
à l'établissement national de Saint-Maurice

Création de la Société Moreau de Tours

A l'unanimité des membres présents, les membres du groupe d'études de psycho-pharmacologie biochimique décident de créer la « Société Moreau de Tours », dont le siège sera à l'établissement national de Charenton-Saint-Maurice, et qui se propose de rendre hommage à l'œuvre scientifique de Moreau de Tours, le créateur de la psycho-pharmacologie au XIXe siècle et de favoriser les recherches scientifiques dans cette voie.

Le Bureau de cette Société est ainsi composé : *Président :* Professeur H. Baruk. — *Vice-Présidents :* Dr Th. Cahn, directeur de recherches au C.N.R.S. ; Professeur Coirault, agrégé du Val-de-Grâce. — *Secrétaire général :* Dr Jacques Launay, médecin des hôpitaux psychiatriques. — *Secrétaires-adjoints :* M. Roland Perlès, assistant de chimie biologique à la Faculté de pharmacie ; M. le Dr Veyziris. — *Trésorier :* M. Motte, pharmacien.

Mise en évidence de la défense de l'organisme dans la réponse à de faibles quantités d'hormones. Généralités possibles de ce processus, par MM. Th. Cahn et J. Houget.

A propos d'une expérimentation personnelle d'administration chez le lapin de 25 ou 50 gamma d'adrénaline par kg. et par voie sous-cutanée, les auteurs ont observé des réactions hyperglycémiantes variables en intensité et permettant de séparer les animaux en deux groupes : ceux qui réagissent par une hyperglycémie faible même si on double la dose ; ceux qui réagissent par une hyperglycémie forte et qui s'accuse en augmentant les doses. Ils en concluent que le premier groupe dispose d'un mécanisme de régulation beaucoup plus puissant que le second, ce qui leur paraît plus précis que d'évoquer une différence de sensibilité. Les sensibilités différentes des animaux aux hormones hyper ou hypoglycémiantes tiennent à la promptitude plus ou moins grande avec laquelle intervient le système compensateur de régulation ; c'est, non seulement l'action d'un agent, mais encore et surtout la réaction de l'organisme à la perturbation apportée. En conclusion, les auteurs pensent qu'il est possible de considérer l'organisme comme un système très hétérogène dont les diverses parties se trouvent en rééquilibre dynamique et qu'il est tentant de lui appliquer le principe de Le Chatelier, qui gouverne les systèmes physiques et chimiques en équilibre thermodynamique.

Fait suite une discussion à laquelle prennent part : professeur Coirault, Dr Martin, Dr Veyziris, M. Delaville, Dr Leyritz, M. Perlès et le professeur Baruk.

Note sur le G. 22.355, par MM. Fouks, Laine, Pacot et Ferrant

Les auteurs ont expérimenté le G. 22.355 (ou tofranyl) chez une quarantaine de malades et font état dans leur communication des résultats obtenus chez 32 d'entre eux. Il s'agissait de 21 syndromes mélancoliques dont 8 chroniques, 8 psychoses maniaco-dépressives à forme dépressive, 6 mélancolies sur fond névrotique, 10 dépressions névrotiques, une dépression chez une artériopathique.

Les auteurs ont remarqué les résultats favorables dans la moitié des cas environ. Au point de vue posologie, ils ont suivi le schéma préconisé par le laboratoire Geigy par voie intramusculaire et en augmentant les doses jusqu'à 300 mg. par jour. Ce sont les dépressions névrotiques qui ont le plus bénéficié du traitement. Le mode d'action du produit a surtout semblé aux auteurs anxiolitique et sédatif de la douleur morale plutôt que psychotonique et euphorisant.

Quatre aggravations avec état d'excitation important, léger syndrome neuroleptique, sudation, sécheresse de la bouche, et parfois mauvaise résorption du produit mais sans abcédation.

Premiers résultats d'essais thérapeutiques du G. 22.355,
par MM. H. Baruk, J. Launay, Mlle C. Tardy, MM. P. Boige et J. Bricourt

Les auteurs rapportent leurs résultats d'essais cliniques du G. 22.355 dans les états dépressifs. Sur 32 malades. le traitement a été administré à 16 mélancoliques, dont 5 d'évolution déjà ancienne, 10 syndromes dépressifs cénes-

topathiques dont 4 d'évolution ancienne, 3 mélancolies séniles, 1 syndrome catatonique. Les auteurs, après avoir utilisé au début la posologie et le mode d'administration par voie parentérale préconisés par les laboratoires Geigy, ont dû abandonner cette méthode en raison de l'aggravation et de la recrudescence de l'anxiété sans parler des troubles extra-pyramidaux à type de tremblements d'hypertonie et de sécheresse importante de la bouche. Par contre, la posologie progressive par comprimés et selon la susceptibilité et la réaction de chaque malade a donné d'excellents résultats avec sur 16 mélancolies 7 améliorations, sur 10 syndromes dépressifs 7 améliorations, sur 3 mélancolies séniles 3 améliorations, sur 2 syndromes dépressifs obsessionnels 2 améliorations, sur 1 syndrome catatonique 1 amélioration légère.

Les incidents de traitement avec la posologie utilisée ont été extrêmement minimes avec seulement une certaine sécheresse de la bouche, une disurie nette avec oligurie mais sans modification de l'urée sanguine et atteinte rénale à l'examen du culot de centrifugation. Enfin, tous les examens biologiques et para-cliniques (numération, formule sanguine, glycémie, courbe oscillométrique, électrocardiogramme, courbe ergographique) sont restés sans changement appréciable en dehors d'une légère hypotension et d'une tachycardie en début de traitement.

Les auteurs insistent sur l'intérêt très important de ce nouveau produit dans le traitement des états dépressifs dont l'action semble surtout nette dans les syndromes dépressifs avec troubles cénesthésiques et agir plus comme un anxiolitique que comme un euphorisant ou un psychotonique.

Fait suite une discussion à propos de ces deux communications, à laquelle prennent part M. le professeur Coirault, M. Delaville, MM. les Drs Leyritz, Cahn, Veyziris, Launay et M. le professeur Baruk.

Résultats de l'expérimentation de la prochlorpérazine sur le comportement du singe, par MM. H. Baruk et J. Launay

Les auteurs rapportent les résultats de leur expérimentation de la prochlorpérazine sur le comportement psychomoteur du singe et observent selon les doses des manifestations très différentes de celles observées avec les autres phénothiazines d'une part au point de vue sémiologique, d'autre part en ce qui concerne la loi des stades. C'est ainsi qu'en allant de la dose de 0,50 mg. par kilo jusqu'à 33 mg. par kilo, on observe successivement de l'agressivité avec activité désordonnée, du sommeil cataleptique, des attitudes curieuses de crucifixion avec maniérisme, de la catalepsie, et à très fortes doses une catatonie expérimentale typique. Les auteurs soulignent la relative toxicité du produit avec absence d'éléments parétiques même aux très fortes doses, mais aussi la prolongation de son action, qui peut durer jusqu'à 36 et 48 heures. S'ils n'ont pas observé les manifestations histériformes décrites par Mme Courvoisier, les auteurs ont mis en évidence l'agitation agressive et parfois impulsive rencontrée en clinique humaine avec les faibles doses de prochlorpérazine.

Fait suite une discussion à laquelle participent MM. Broussolle, Cahn, Launay, et le professeur Baruk.

Le secrétaire des séances,
Dr J. Launay.

Groupement belge d'études oto-neuro-ophtalmologiques et neuro-chirurgicales

Séance du 31 janvier 1959

Présidence : M. E. EVRARD, président

Romberg et nystagmus audio-cinétique, par M. P. Hennebert

Le problème de l'audition biauriculaire et de l'audition stéréophonique connaît un regain d'actualité. L'auteur démontre une technique de recherche réalisée à l'aide de deux haut-parleurs, qui peut servir notamment à l'examen de l'acuité auditive, et grâce à un procédé de « sons tournants », à l'exploration vestibulaire.

Encéphalopathie de Wernicke ou béri-béri oculaire,
par MM. W. Geets et Ch. Stroobants

Relation du cas d'une femme de 42 ans, alcoolique, qui après un état fébrile avec ictère par hépatite présenta un syndrome neuro-ophtalmoplégique avec cécité quasi-totale, nystagmus, lenteur de l'idéation, fabulation, hypotonie généralisée, abolition des réflexes tendineux, astéréognosie. Un traitement polyvitaminé à hautes doses amena en 48 heures une récupération spectaculaire de la vision et une guérison rapide. Les auteurs discutent les rapports entre les syndromes de Wernicke et de Korsakow, qui ne diffèrent guère au point de vue anatomique. Le premier serait une forme particulière de neuronite carentielle dont le second représenterait le passage à l'état chronique.

Hématome extra-dural à localisation inhabituelle,
par MM. J. Mage, Ph. Martin et M. Locoge

Relation du cas d'un homme de 23 ans qui, à la suite d'un traumatisme cranien, avec trait de fracture dans la région frontale gauche, présenta des céphalées intolérables et de l'œdème pupillaire bilatéral. L'artériographie met en évidence un hématome de la région frontale droite, d'origine sinusale et veineuse, qui fut évacué. Les auteurs insistent sur l'intérêt des clichés radiographiques pris de trois-quarts en artériographie.

Métastase hypophyso-sphénoïdale d'un carcinome anaplastique duodénal ayant simulé une hépatite á virus, par MM. Graff, J. Mage et O. Perrier.

Etude anatomo-clinique du cas d'un jeune homme de 21 ans qui, à la suite d'un ictère disparu en huit jours, présenta des atteintes multiples et

progressives de tous les nerfs craniens dont l'évolution se fit en six mois. Le liquide céphalo-rachidien était resté normal et la radiographie montrait une masse tumorale dans le sinus sphénoïdal, qui envahit ensuite le cavum et la base. Les auteurs montrent l'évolution des aspects radiographiques du sinus sphénoïdal et de la selle turcique, et les résultats de l'autopsie, qui fit découvrir un carcinome anaplastique duodénal ; ils présentent l'étude histologique des lésions observées, dont ils discutent la pathogénie.

J. Ley.

Société de médecine mentale de Belgique

Séance du 31 janvier 1959

Présidence : M. G. VAN LOOY, président

Troubles mentaux et délinquance,
par M. G. van Looy (allocution présidentielle)

L'orateur retrace, en un très intéressant rappel historique, l'évolution des idées sur la délinquance en rapport avec les troubles mentaux, depuis Hippocrate, qui avait déjà insisté sur l'importance de l'étude du psychisme. Platon avait énoncé dans « Les Lois » des principes très analogues à ceux de l'actuelle loi belge de défense sociale, mais à partir du IIe siècle de notre ère, ces notions sont tombées dans l'oubli.

Au XVe siècle, cependant, en pleine Inquisition, des médecins courageux, dont le premier fut un Belge, Jean Wier, ont osé écrire que la possession démoniaque relevait souvent de la maladie, mais ils ne parvinrent pas à imposer leurs vues, et pour cause. C'est de justesse que Jean Wier a échappé au bûcher. Il faut atteindre le XVIIe siècle pour voir apparaître avec Zachias, dans ses « Questions médico-légales », les premiers rudiments d'une psychiatrie médico-légale.

Un siècle plus tard, Beccaria et les Encyclopédistes montrent que la délinquance a des causes sociales, puis, avec la Déclaration des Droits de l'Homme et l'œuvre de Pinel, avec Marc ensuite, la notion de l'irresponsabilité des malades mentaux délinquants est enfin mise en lumière. Lombroso montre qu'il faut étudier le criminel plutôt que le crime et ses travaux sont l'origine de recherches qui s'orientent de plus en plus vers l'étude de l'individu et de sa psychologie. Ces travaux aboutissent en Belgique à la loi de 1912, qui institue les tribunaux pour enfants, et enfin à la loi du 9 avril 1930 dite de Défense sociale. Celle-ci est encore critiquée et très souvent incomprise, mais la notion de traitement des délinquants prend

actuellement un nouvel essor et il n'est pas douteux que ce mouvement vers une justice plus efficace parce que plus humaine finira par vaincre les résistances des esprits attardés.

Toxicomanies au R. 875 (palfium),

par MM. L. Massion-Verniory, E. Dumont et B. Delaunois

Ce médicament a été présenté comme un analgésique puissant et très maniable qui ne provoquerait pas ou peu d'accoutumance, et en tout cas pas de sensation de besoin. Les auteurs rapportent cinq observations, qui démontrent la possibilité de toxicomanies isolées ou de substitution, ou encore combinées avec d'autres drogues. L'insomnie et la sensation de faiblesse musculaire constituent les symptômes principaux de cette intoxication. Le sevrage se fait plus facilement que pour les autres toxiques.

Résultats de l'administration orale du R. 1625,

par MM. J. Paquay, A. Arnould et P. Burton

L'expérience des auteurs porte sur 25 malades dont 21 schizophrènes. Ils présentent deux séries d'observations. Dans la première, ils ont administré des doses initiales assez importantes de l'ordre de 10 mg., dans la seconde des doses moindres, plus progressives. Des effets secondaires indésirables d'ordre circulatoire ou extra-pyramidal ont été parfois observés, mais dans l'ensemble la sédation de l'agitation psycho-motrice a été rapide, avec amélioration de l'affectivité et de la sociabilité. Ce médicament paraît peu toxique et très efficace.

J. Ley.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

Problèmes de physiologie et de clinique des systèmes à projection diffuse de l'encéphale. Actes du Congrès de Parme (23-24 novembre 1957), publiés sous la direction de Fabio Visintini, avec la collaboration de Giuseppe Moruzzi, Giorgio Macchi et Mirko Carreras. (Un vol., 596 p., Editore Maccari, Parme, 1958).

L'ouvrage groupe divers travaux présentés au congrès de Parme et relatifs aux problèmes de physiologie et de clinique des systèmes à projection diffuse de l'encéphale.

M. Gozzano et R. Vizioli (de Rome) étudient la morphologie des réactions électro-encéphalographiques diffuses, montrant le contraste entre la pauvreté des types morphologiques de réactions et l'extrême variété de leur contenu.

F. Visintini (de Parme) se demande s'il existe un équivalent psychologique des réactions électro-encéphalographiques diffuses et répond positivement à la question.

G. Macchi et F. Angeleri (de Parme) décrivent avec précision l'anatomie expérimentale des systèmes à projection diffuse de l'encéphale.

A. Arduini (de Pise) envisage les oscillations lentes de potentiel du cortex cérébral par stimulation des systèmes à projection diffuse. Il distingue une réaction de réveil due à l'arrivée d'impulsions corticopètes et une autre réaction d'éveil par élimination de l'influence synchronisante exercée sur le cortex cérébral de la part de structures diencéphaliques spéciales.

A. Zanchetti (de Sienne) analyse les mécanismes intracorticaux de la réaction électro-encéphalographique de réveil.

G. F. Rossi (de Pise) décrit l'électro-encéphalogramme et le comportement après lésions chroniques de la substance réticulaire et des voies de la sensibilité spécifique.

M. Carreras (de Parme) envisage le sommeil électro-cortical produit par la stimulation non convulsivante de l'hippocampe et expose les résultats de recherches électro-physiologiques sur les rapports efférents hippocampo-réticulaires.

G. F. Ricci (de Rome), B. K. Doane et H. H. Jasper (de Montréal) étudient les relations entre l'activité des unités cellulaires corticales et les rythmes électro-encéphalographiques au cours du conditionnement.

H. Terzian (de Padoue) expose l'importante question des rapports entre épilepsie et systèmes à projection diffuse.

Epilepsie et sommeil sont envisagés dans leurs relations mutuelles par R. Vizioli et L. Morocutti (de Rome). Il faut distinguer l'épilepsie morphéique de l'enfant et celle de l'adulte.

V. Bergamini (de Turin) étudie les problèmes électrocliniques d'épileptologie à la lumière des nouvelles connaissances neuro-physiologiques : épilepsie du lobe temporal, dyssynergie cérébelleuse myoclonique, épilepsie inhibitrice.

C. Loeb (de Gênes) décrit l'électro-encéphalographie dans les états de coma.

P. Pinelli (de Pavie) consacre une communication au thème discuté du diagnostic électro-encéphalographique des syndromes caractérisés par l'hyperémotivité, particulièrement à type d'anxiété. Il propose une explication de l'hyporéactivité cérébrale consécutive à l'anxiété.

G. Zanocco (de Bologne) considère les aspects neurophysiologiques différentiels des réactions émotives élémentaires et leur signification clinique. Il est possible de retrouver une organisation affective dominée par des lois très élémentaires. L'affectivité est mal intégrée dans l'organisation générale du comportement.

Dans sa synthèse du congrès, F. Visintini met en relief les progrès accomplis, témoignant en faveur de l'existence d'une forme de conscience correspondant aux réactions électro-encéphalographiques diffuses.

De nombreuses figures et d'abondantes références bibliographiques complètent la plupart des communications et rapports.

V.-J. Durand.

Sémantique du langage schizophrénique, par Sergio Piro (de Naples), collection des « Quaderni di Acta Neurologica », n° 18. (Un vol., 248 p., *Acta neurologica, policlinico,* Naples, 1958).

Préfacé par le professeur V. M. Buscaino, qui montre l'importance du langage dans la vie psychique, dont il constitue le noyau fondamental, l'ouvrage s'ouvre par une introduction générale.

Le premier chapitre est consacré à l'étude du langage en psychiatrie : historique, orientations théoriques (théories générales, théories psychologiques, théories neuro-physiologiques et psycho-physiologiques), méthodes d'examen.

Dans le deuxième chapitre sont décrits de façon très détaillée les troubles du langage schizophrénique : troubles linguistiques isolés (altérations de la conversation : mutisme, monologue, distraction dans la conversation, réponses de travers, écholalie, impulsions verbales, verbigération ; altérations du style ; altérations phonétiques : troubles de l'intensité, de l'intonation et du timbre, de l'articulation, de la structure des paroles ; altérations grammaticales et syntactiques ; altérations exclusives de la signification) ; groupement syndromique : schizophasie (folie discordante verbale de Chaslin, schizophasie de Kræpelin et de Bleuler, schizophasie selon Pfersdorff et selon Teulié, schizophasie selon Delmond ; théories plus récentes) ; théories génétiques (pensée archaïque, phénomènes régressifs, abaissement du niveau conscient, emploi ludique du langage, langage automatique, perte des attitudes abstraites, schizophasie et aphasie, théories psychanalytiques).

L'important troisième chapitre a pour objet la dissociation sémantique spécialement explorée par l'auteur. Les caractéristiques et les définitions générales sont d'abord considérées : phénoménologie générale (description clinique, formes et degrés de dissociation sémantique, rapports avec les diverses formes nosologiques, encadrement en rapport avec les niveaux linguistiques, dispersion de la signification émotive, rapports entre dissociation sémantique et dissociation logique) ; recherches expérimentales (méthode clinique, application d'un procédé expérimental par l'augmentation du « halo », c'est-à-dire de l'indétermination de signification, paralogismes et néologismes dans le test de Rorschach, méthode d'étude de la dispersion de la signification émotive, étude des relations entre logique et langage, établissement d'un programme de recherches) ; formes cliniques (augmentation du « halo » sémantique d'un symbole, d'une classe de symboles, de la phrase ou du discours ; distorsion sémantique : paralogismes, néologismes, langages néologiques, phénomènes de distorsion parcellaire : altérations phonétiques et verbo-structurales ; dispersion sémantique : abstractionnisme systématique à vide, incohérence, salade de mots, verbigération, agrammatisme, paragrammatisme, asyntaxie, acataphasie, formes atténuées de dispersion sémantique ; dissolution sémantique : impulsions verbales, stéréotypies verbales, écholalie, cantilènes, litanies verbigératoires et déclamatoires, glossomanie ; formes associées) ; problème de la genèse.

En conclusion, l'auteur montre comment l'intégration des résultats d'une étude systématique de la sémantique pourrait constituer, dans le domaine de la psychiatrie, un facteur de progrès vers l'élaboration de nouvelles conceptions et de nouvelles méthodes de recherche. Le langage schizophrénique offre une riche matière aux travaux d'exploration.

L'ouvrage se termine par une très complète bibliographie et des index onomastique et analytique.

V.-J. Durand.

L'enfance inadaptée. Problèmes d'actualité, par le Docteur André Bergé, le Dr René Cayet, Maître Chavrier, le professeur Jean Dechaume, le Dr Line Thévenin et le professeur Pierre Wertheimer. (Un vol., 96 p., édité par l'Association régionale « Rhône-Alpes » pour la sauvegarde de l'enfance, 25, place Bellecour, Lyon, 1958).

Présenté par le Dr Claude Kohler, secrétaire général de l'Association régionale pour la sauvegarde de l'enfance « Rhône-Alpes », le présent volume groupe les textes de conférences prononcées à Lyon sous l'égide de cette Association.

Le Dr André Bergé étudie « les apports de la psychanalyse à l'éducation », montrant comment sont possibles, grâce à celle-là, une meilleure connaissance de la psychologie des enfants, de celle des éducateurs, facilitant ainsi la tâche de ces derniers. En faisant prendre en considération le caractère évolutif de l'enfant, la psychanalyse permet d'adopter une meilleure attitude éducative.

Le professeur Jean Dechaume, dans sa conférence « L'épileptique et la société », combat de nombreux préjugés relatifs au mal comitial. Il analyse ce que représente celui-ci pour les familles et pour le grand public, le rôle que doit jouer le médecin, les principes d'une bonne organisation de la lutte contre la maladie. Il faut y distinguer la prévention, le dépistage, les

soins proprement dits, l'assistance aux épileptiques avec tout ce qui concerne la réadaptation fonctionnelle et le réentraînement au travail, la remise au travail et la réinsertion sociale. Une véritable croisade est nécessaire, proclamant les droits des épileptiques, revalorisant ceux-ci (l'épileptique n'est pas un incurable, n'est pas un danger social, n'est pas un diminué professionnel). Une propagande efficace doit être organisée dans les divers milieux.

« Les possibilités de la chirurgie dans les arriérations mentales de l'enfant » sont envisagées par le professeur Pierre Wertheimer. Sont considérées les malformations congénitales (méningocèles, hydrocéphalies congénitales, microcéphalies, malformations inapparentes), les encéphalopathies infantiles, nombreuses et variées, l'épilepsie, les perturbations psychiques. La neurochirurgie permet souvent d'améliorer l'état de ces malades, ses indications se font plus précises. De grands progrès sont possibles. Mais il faut connaître les limites d'emploi de la chirurgie.

Le Dr Line Thévenin montre la position de « l'enfant handicapé devant la vie », qu'il s'agisse d'handicapé moteur, d'handicapé sensoriel, d'épileptique, de malade psychique. Pour bien comprendre les conséquences du handicap, il convient de connaître d'abord ses causes, sa date d'apparition, son caractère évolutif, son intensité, son association possible avec d'autres troubles. La réaction de l'enfant en face de son déficit est variable, plus ou moins grave. Il faut l'aider à surmonter ses difficultés.

Maître Chavrier, avocat à la cour de Lyon, montre quelle peut être l'attitude de « la famille devant l'enfant handicapé ». L'influence de la famille peut jouer un rôle plus ou moins marqué dans les causes de la déficience, dans le dépistage de celle-ci, dans son traitement et, enfin, dans la réinsertion sociale de l'enfant handicapé. Il apparaît d'ailleurs que l'importance de l'intervention familiale est particulièrement grande en ce qui concerne le dépistage et le traitement.

La dernière conférence du Dr René Cayet expose « les réalisations pratiques, but et fonctionnement des associations régionales pour la sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence ». La délinquance juvénile, les déficits de l'intelligence, les déficiences sensorielles, la surdi-mutité, les infirmités motrices, les inadaptations sociales sont successivement envisagés. Puis sont données quelques indications sur les « associations régionales pour la sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence ».

V.-J. Durand.

Psychanalyse et dialectique matérialiste, par José Bleger, membre de l'Association psychanalytique argentine. (Un vol., 158 pages, Bibliothèque psychologique du xxe siècle, Editorial Paidos, Buenos Aires, 1958).

La psychanalyse est, avant tout, une psychologie. Il est nécessaire de l'étudier et de l'examiner comme telle. Quant au matérialisme dialectique, il constitue essentiellement un instrument et doit donc être employé dans la recherche scientifique. Telles sont les conceptions fondamentales sur lesquelles s'appuie et se développe ce livre. En envisageant le problème des rapports entre psychanalyse et dialectique matérialiste, problème de grand intérêt pour la psychologie, il vise à combler le vide laissé par la critique de la sociologie psychanalytique et des contenus idéologiques de la psychanalyse. Le but de l'ouvrage est d'effacer les lacunes existant dans la littérature psychanalytique en ce qui concerne certaines questions comme celles

de la structure de la connaissance psychanalytique, des aspects méthodologiques, des relations entre théorie et pratique.

Dans l'introduction, « Epistémologie et psychanalyse », l'auteur montre que Freud avait l'intention de faire de la psychologie une science naturelle. Ceci rend nécessaire un rappel des positions habituelles de l'époque.

Le chapitre premier est consacré à une étude sur Georges Politzer et ses travaux sur la psychologie et la psychanalyse. Pour Politzer, le point de départ est constitué par les propositions suivantes : refus de la vie intérieure, acceptation du drame comme objet de la psychologie. L'objet de l'étude psychologique, c'est le drame. L'exposé critique de Politzer consacré à la psychanalyse repose presque uniquement sur le livre de Freud, « Traumdeutung », ce qui peut en limiter la portée.

Le chapitre deux montre quels étaient les « schémas référentiels utilisés par Freud » : essentiellement la physique mécaniciste et l'évolutionnisme. Ils conduisirent à établir une différenciation entre la psychologie dynamique et la psychologie dramatique, comme deux directions distinctes de la psychanalyse actuelle.

L'étude de la « psychologie dynamique » fait l'objet du troisième chapitre, avec analyse du concept de dynamique et de celui de force, dans leurs diverses acceptions.

La « dramatique » est traitée dans le chapitre quatre. La théorie à laquelle Freud a recours pour généraliser et abstraire les faits de la dramatique est la théorie dynamique, c'est-à-dire, la réduction du comportement à des vecteurs de force en interrelation incessante. Dans l'analyse de la dramatique, Freud mit l'accent sur le plan historique. Kurt Lewin a élargi la portée de la dramatique freudienne.

« Dramatique et dynamique en psychologie des instincts », tel est le titre du chapitre V. L'auteur y montre que la théorie des relations objectales déplace l'intérêt de la psychanalyse vers l'étude et la compréhension de la dramatique dans le comportement. Une dialectique de la nécessité implique la dramatique et la dynamique. La théorie des instincts doit dériver de la connaissance de la dialectique de la nécessité. La nécessité subjective, perçue ou agie comme impulsion sur laquelle se base la dynamique, constitue un des éléments d'un contexte total que l'auteur dénomme « situation de nécessité ».

Quelques considérations sont développées au chapitre six sur « la séance psychanalytique », en la considérant comme un champ opérationnel concret et comme une situation totale. La séance de psychanalyse est une relation bipersonnelle, dans laquelle le comportement de chacun des participants est en relation avec les caractéristiques présentes de la situation.

« La désarticulation de la dialectique dans la théorie psychanalytique » est traitée dans le chapitre suivant : logique formelle et dialectique dans la psychanalyse ; découverte de l'aliénation et contradiction dans le comportement et son élaboration notionnelle ; transposition du mouvement dialectique en mouvement mécanique et de la conduite en instincts.

Enfin, le chapitre huit envisage les « divisions schizoïdes en psychopathologie ». Dans l'aliénation se produit chez l'homme une dispersion de ses qualités : il y a fragmentation du moi (division schizoïde) et projection sur d'autres sujets ou sur des objets. La division schizoïde n'est pas spécifique de la schizophrénie. Elle peut exister à un degré variable dans la structure de toute conduite. L'autisme se rattache au phénomène normal de

l'introversion. Toute la dynamique psychopathologique peut se considérer en fonction des liens entre le sujet aliéné et les objets extérieurs. Névroses, perversions, troubles du caractère constituent des défenses face à la division schizoïde. Si ces défenses cèdent, la psychose apparaît. Les symptômes névrotiques qu'on peut observer dans une schizophrénie douteuse ne doivent pas être considérés comme des éléments troublant le diagnostic, mais comme des restes des processus de défense.

L'ouvrage, qui contient de nombreuses références, se termine par une bibliographie générale complémentaire et par un index analytique.

V.-J. Durand.

Le test de l'arbre. Le diagnostic psychologique et le dessin de l'arbre, par Charles Koch, traduit de l'allemand par Emile Marmy et Henry Niel. (Un vol., 14 × 19, 444 pages, *in* collection « Animus et Anima », E. Vitte édit., Paris, 1958).

L'idée d'employer le dessin d'un arbre comme instrument de diagnostic psychologique est redevable à Emile Jucker, conseiller d'orientation professionnelle dans le canton de Zurich. C'est la traduction de la troisième édition remaniée du volumineux livre de Charles Koch que présentent ici les professeurs E. Marmy et H. Niel.

Après une introduction dans laquelle l'auteur expose l'historique du test, sa signification, sa structure, et indique les symptômes névrotiques analysés dans le dessin de l'arbre par Hermann Städeli, une première partie de l'ouvrage est consacrée au test de l'arbre comme test de développement (données statistiques, différentes parties de l'arbre, rapports de grandeur, recherches expérimentales sur l'expression graphique, sens des stades de développement).

Dans une deuxième partie, M. Charles Koch, après avoir précisé la formule d'instruction et le matériel, très simple, du test de l'arbre, donne en près de 200 pages, tous les éléments nécessaires à une technique d'interprétation. A la fin de cette deuxième partie, on trouvera en « excursus » un intéressant aperçu historico-culturel sur le symbolisme de l'arbre, partie des objets primitifs de l'humanité. « Il n'est guère possible, écrit l'auteur, de dissocier la science de l'expression de la connaissance et de la compréhension des symboles... La psychologie présente cette particularité qu'on ne peut y faire un pas en avant sans faire en même temps un pas en arrière, vers l'origine et l'originel. »

La troisième partie contient des exemples (dix observations), une bibliographie, des tableaux statistiques, l'index des seize graphiques, celui de 114 figures et une table d'orientation pour l'analyse du dessin.

Ainsi standardisé et étalonné, ce test est un détecteur du développement affectif. Il peut être utilisé pour déceler les retards et les régressions dans le domaine de l'affectivité. S'il revêt souvent une signification symbolique, il est, en outre, d'une grande commodité pratique, par la simplicité du matériel, de la consigne, le temps très court d'une application aussi facile aux enfants qu'aux adultes. Il laisse un document que l'on peut étudier à loisir.

V.-J. Durand.

Le test « Z » collectif, par Hans Zulliger. Trad. Paillet et Salomon. Hans Huber édit., Berne, 116 p., 1957.

L'ouvrage est consacré à l'étude d'un test de type Rorschach applicable à l'exploration psychologique du groupe humain. Le traducteur français nous avertit qu'il n'a pas été nécessaire au cours de l'expérimentation en France de modifier les quotations suisses.

Après un historique des tests de formes fortuites, on nous présente le test « Z » collectif créé et mis au point par les services psychologiques de l'armée suisse en vue de la sélection des élèves officiers.

Le test de Rorschach étant d'un emploi incommode pour les groupes et l'exploration individuelle entraînant une perte de temps, les auteurs furent amenés à sélectionner trois planches validées avec le Rorschach et le Behn-Rorschach.

Dans la deuxième partie, H. Zulliger aborde l'étude proprement dite de son test, qui débute par une description des trois figures diapositives sélectionnées. La figure 1 en noir gris blanc appelle surtout des réponses globales. La figure 2 en couleur appelle une réponse analytique alors que la figure 3 avec le noir rouge prédominant amène des réponses variées. Vient ensuite une description de la méthode de passation du test. Projection sur écran, pièce obscure, public de trente à soixante personnes. On demande de faire sur une feuille de papier une description formelle et de localiser les détails selon une orientation horaire. La persistance de la projection après avoir allumé ne présente que des avantages. Durée totale de l'épreuve : 20 minutes.

La méthode de quotation est analogue à celle du Rorschach avec une interprétation formelle prenant le pas sur celle du contenu.

On trouve quelques tableaux aide-mémoire destinés à aider dans l'appréciation de la forme et du contenu. L'analyse du test se poursuit par l'exposé, en pourcentage de la fréquence d'apparition des facteurs, l'étude de la signification caractérologique de ces facteurs pour aboutir à la conclusion que le test, bien qu'établi pour une discrimination sommaire, est parfaitement capable de donner un portrait caractérologique individuel utilisable en psychologie. Le texte est émaillé de nombreux exemples cliniques et précise que le matériel étudié est dans la majorité de condition militaire. Le contrôle de la validation a été fait avec le Rorschach, le Behn-Rorschach, le test de Wartegg modifié, les analyses graphologiques.

En conclusion, l'auteur se livre à quelques remarques sur la psychologie du groupe différente de la psychologie individuelle, sur la libération des tendances sadiques. Les quelques individus variant peu lorsqu'ils sont mis en situation collective devraient être choisis comme chefs militaires. Deux appendices étudient, l'un l'application sur des individus normaux et anormaux, l'autre deux applications en France sur deux groupes différents. Bibliographie concernant le test.

P. Lab.

De l'actinie à l'homme, par Henri Piéron. (Presses Universitaires de France, Paris, 1958, 306 p.).

Cet ouvrage est le premier tome d'une série d'études de psychophysiologie comparée et s'intitule « Anticipation et mémoire. Bases de l'évolution psychique ».

La première partie est consacrée à une prise de position méthodologique : le progrès psychique tient à l'élaboration de la réaction au milieu (chap. I). L'impossibilité de prouver la « conscience » chez un être différent de soi n'invalide pas l'étude objective (chap. II). La science tend à l'objectivité. La psychologie est en retard dans cette évolution (chap. III). Elle peut être considérée comme science du comportement (chap. IV), mais les méthodes d'investigation sont multiples et les résultats inégaux. Les chapitres V et VI renferment une étude objective des sensations et des fondements de la connaissance, et une délimitation du domaine propre de la psychophysiologie.

La deuxième partie traite de « l'anticipation adaptative » et de la rythmisation induite des comportements ». Considérant une rythmicité cosmique et parallèlement une rythmicité biologique, l'auteur pense que la seconde peut être induite par la première (jour, nuit, marées) et traduit la plupart du temps l'établissement d'un système de protection, la prévision plus ou moins longue de l'événement cosmique signifiant par son amélioration technique le progrès du psychisme. L'étude débute par les phénomènes de rythmicité adaptative chez l'Actinie, selon les rythmes des marées, induite par les changements dans l'oxygénation de l'eau. Ces travaux ont fait l'objet de publications en 1907, 1908 et 1909

On trouve ensuite l'étude du mécanisme d'inversion chez l'homme, du rythme nycthéméral de la température. Le quatrième chapitre (1917) concerne le problème de l'homochromie des crustacés. Les observations ont été pratiquées sur les Décapodes, les Schizopodes et les Amphipodes. Au cinquième sont étudiées quelques persistances rythmiques chez les Invertébrés : attitudes mimétiques, persistance du rythme lumineux, rythme nycthéméral chez l'insecte lucifuge des plages, mouvements périodiques des Convolutes dans leur habitat. Enfin, au sixième chapitre, l'abord du rythme anticipateur du sommeil chez les animaux puis chez l'homme. L'analyse très complète du sommeil et de ses facteurs trouve sa justification dernière dans la découverte du mécanisme nerveux inhibiteur.

La troisième partie est consacrée aux « Bases mnémoniques de l'orientation lointaine. Les observations sont faites sur le « Homing » des Mollusques, et l'orientation lointaine des fourmis. Elles concluent chez ces animaux à la prédominance d'une mémoire binesthésique et aussi d'un facteur sensoriel spécial probablement en rapport avec la polarisation de la lumière du ciel.

La quatrième partie : « Mémoire animale et Mémoire humaine. Communauté des lois » compare la mémoire de certains mollusques, qui possèdent une réaction de protection à l'obscuration à ce qui se passe chez l'homme (réflexe de clignement à la menace) et se termine sur l'acquisition d'habitudes et la mémoire sensorielle du poulpe.

Toutes ces études, bien que chronologiquement dispersées, montrent bien la continuité de l'œuvre du professeur Piéron.

P. Lab.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Le processus névrotique, par Norman J. Lévy. (*Archivos de neurologia y psiquiatria,* La Havane, vol. 8, n° 2, avril-juin 1958, p. 54-62).

L'auteur montre comment le sujet névrotique réagit aux obstacles et aux frustrations imposées par le monde extérieur. En ce qui concerne les autres sujets et l'établissement de relations interhumaines, on sait que, pour l'individu normal, trois attitudes sont possibles : aller vers les autres, aller contre les autres, s'éloigner des autres. Le névrotique est gêné dans l'établissement de rapports normaux avec autrui. D'autre part, il se fait de lui-même une image fausse, s'impose des devoirs, des contraintes, des inhibitions. Des conflits apparaissent. Pour les résoudre, trois groupes de solutions sont possibles : solution expansive ou recherche du pouvoir ; solution dépendante et soumise ou recherche de l'amour ; solution de l'éloignement et de la résignation ou recherche de la liberté. Avec Karen Horney, l'auteur conclut : « Ma croyance est que l'homme a la capacité et le désir de développer ses potentialités, de se convertir en un être décent ; que cette capacité se détériore si ses relations avec son prochain et en même temps avec soi-même se perturbe. Je crois que l'homme peut changer et continuer à changer tant qu'il vit. »

V.-J. Durand.

Douleur abdominale psychonévrotique et douleur abdominale psychosomatique, par Philip Salomon (de Boston). (*Médecine et hygiène,* Genève, 16e année, n° 414, 10 décembre 1958, p. 585-587).

Il est nécessaire de distinguer les troubles psychonévrotiques des troubles psychosomatiques. Les premiers doivent désigner des modifications pathologiques provoquées indirectement par action symbolique tandis que les seconds répondent aux effets somatiques produits par l'action directe des émotions. Ainsi, dans les manifestations psychonévrotiques, la voie des symptômes est la voie symbolique ; c'est le système nerveux volontaire qui intervient ; l'anxiété, enfin, est absente. Au contraire, dans les troubles psychosomatiques, la voie des symptômes correspond à l'émotion ; c'est le système nerveux autonome qui est en cause ; l'anxiété est présente. De tels caractères distinctifs se retrouvent dans les douleurs abdominales. Deux intéressantes observations sont rapportées montrant les éléments différentiels. Dans la forme psychonévrotique, l'anamnèse est dépourvue de tension, d'agitation et d'insomnie ; il n'y a pas d'irritabilité ou de tristesse dans le comportement ; les idées de suicide ou les tendances psychotiques font défaut ; par contre, la douleur, la sensibilité varient beaucoup avec l'attention ; enfin, les phénomènes douloureux ont un sens, une valeur symbolique. Par contre, dans la forme psychosomatique, il y a dans l'anamnèse de la tension, de l'agitation, de l'insomnie ; les malades sont irritables,

tristes ou agités ; les idées de suicide, les tendances psychotiques peuvent se voir ; en revanche, il n'y a pas de variation de la douleur avec l'attention et aucun caractère symbolique des troubles.

V.-J. Durand.

Psychodiagnostic de Rorschach et délinquance. La représentation de la figure humaine, par Julio Endara. (*Archivos de criminologia, neuro-psiquiatria y disciplinas conexas,* Quito, vol. 5, n° 20, octobre-décembre 1957, p. 547-574).

Trois groupes de cent délinquants chacun (homicides, attentats contre la propriété, attentats sexuels) ont été soumis au test de Rorschach. Dans l'ensemble, les groupes étaient homogènes et composés de sujets exempts d'anomalies psychiques visibles, à part les manifestations antisociales. Il fut possible de noter diverses caractéristiques du psycho-diagnostic : nombre de réponses dans les limites de la normale (les homicides ont le total le plus faible) ; réponses D (intelligence autour des valeurs normales) ; réponses M : nombre bas (conception pauvre du rôle dans la vie, fermeté de conviction diminuée, minime capacité empathique, baisse du contrôle conscient, moi faible) ; réponses FM (il semble s'agir d'un facteur peu significatif pour l'appréciation des aspects de la personnalité, à part la suspicion d'une animation réduite et d'un sentiment de frustration) ; réponses M (conscience du danger intérieur ou extérieur qui menace le sujet) ; réponses FC (pauvreté des réponses, traduisant le pénible contrôle de l'émotivité et de l'affectivité, une adaptation défectueuse à l'ambiance, une socialisation diminuée, un contrôle réduit de l'intelligence sur l'activité) ; réponses CF (réactivité de type impulsif, suggestibilité) ; réponses C (égoïsme, affectivité impulsive, manque de contrôle émotionnel, exigences de gratification immédiate ; les homicides ont une extraversion très accentuée) ; réponses de clair-obscur (dysharmonie dans la vie émotionnelle de base) ; contenu des réponses (l'élément essentiel est la réduction notable du nombre des réponses de contenu humain, dans les trois groupes, mais surtout chez les homicides ; carence d'empathie, hostilité, absence de sensibilité pour les relations interpersonnelles dans le sens de la compréhension intellectuelle et affective, rébellion contre l'autorité, incompréhension des valeurs régissant l'activité humaine. Donc, grave désordre de la personnalité) ; A % (dans les limites normales) ; réponses populaires (réduction des valeurs, manque d'adaptation à la pensée de la communauté. Ceci se voit essentiellement chez les homicides). En conclusion, l'auteur insiste sur l'importance de la représentation de la figure humaine dans l'interprétation du psycho-diagnostic de Rorschach. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Considérations psychologiques et psychopathologiques générales à la lumière de l'action curative de l'électrochoc, par Eusebio Nuñez Sánchez (de Ségovie). (*Actas luso-españolas de neurologia y psiquiatria,* vol. 17, n° 3, août 1958, p. 237-244).

Nombreuses sont les actions psychiques de l'électro-choc. On peut décrire, en particulier, l'action psycho-stimulante, l'action dissolutive sur les délires, l'action de réordination de la conscience. La considération de ces modifi-

cations psychiques est susceptible d'applications en ce qui concerne la théorie générale de la personnalité et de l'interprétation phénoménologique existentielle des psychoses. Il faut dépasser le dualisme didactique de la structuration psychique par une conception trinitaire de la personnalité et de l'existence humaine. La séparation doit être faite entre structures psychosomatiques ou perceptives éidétiques (de signification corporelle et biologique), structures vitales, pathiques ou de la sphère animique, structures de l'identité (de signification spirituo-sociale). Tout cela ouvre des perspectives très larges sur l'analyse des expériences vitales et l'interprétation psychopathologique existentielle des psychoses.

V.-J. Durand.

Hérédité dans l'épilepsie, par Julio C. Ortiz (de Zárate) et Julio A. Rodriguez (de Buenos Aires). (*Actas luso-españolas de neurologia y psiquiatria,* vol. 17, n° 3, août 1958, p. 213-230).

Les auteurs exposent les raisons qui rendent difficile l'étude de l'hérédité dans l'épilepsie, considérant d'abord les conditions que doit satisfaire la population envisagée au point de vue statistique et génétique, les difficultés pour y parvenir, les causes d'erreurs, la nécessité du caractère homogène et représentatif du matériel, les conceptions nosologiques de l'épilepsie convulsive et de la constellation épileptique, les conditions diagnostiques, les différences entre sujets sains et malades, entre formes essentielle et symptomatique. Puis sont donnés les chiffres relatifs à la fréquence normale de l'épilepsie et des diverses psychopathies dans la population générale et dans la parenté des épileptiques. Comparaison est faite avec les résultats obtenus par d'autres auteurs. En conclusion, il semble possible d'affirmer que la prédisposition héréditaire joue un rôle essentiel dans l'épilepsie, que l'on doit admettre l'existence d'une constellation épileptique, dans le sens qu'il y a des relations génétiques entre mal comitial et certaines psychopathies. L'hérédité dominante semble être la transmission la plus probable, avec pénétration incomplète. Il est encore impossible d'attribuer cette forme de pénétration de façon sûre à l'abondance des frustes ou à une polyallélie. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Pathologie des aspects neurologiques et psychiatriques de quelques manifestations carentielles avec troubles digestifs et neuro-endocriniens. Étude des altérations du système nerveux central dans deux cas d'anorexie survenue chez la jeune fille (dite anorexie mentale), par François Martin (de Genève). (*Acta neurologica et psychiatrica belgica,* vol. 58, fasc. 9, septembre 1958, p. 816-830).

L'auteur présente l'étude anatomo-clinique de deux cas d'anorexie mentale, ayant évolué pendant sept et douze ans. Dans le premier, le début se fit à 16 ans après un état grippal qui n'a laissé aucune lésion histologique appréciable. Dans le second, l'affection commença à 12 ans, en même temps qu'une épilepsie de type temporal vraisemblable. L'autopsie ne révéla aucune atteinte notable au niveau du lobe antérieur de l'hypophyse et de la région infundibulo-tubérienne. Ce qu'il fut possible de trouver dans les deux cas, ce fut une souffrance diffuse (discrète chez une malade, grave chez l'autre)

des éléments neuronaux avec faible participation de la glie et du système vasculaire. La substance blanche était indemne. Il s'agit de lésions considérées comme secondaires à la cachexie. L'étude de la littérature n'a permis de retrouver qu'une observation d'Oppenheim, concernant un cas ayant évolué pendant vingt-huit ans et présentant des lésions proches des déterminations cérébrales de la pellagre. Les deux cas de l'auteur et celui d'Oppenheim se distinguent des lésions constatées dans la sprue par la discrétion des réactions gliales et de la participation du système vasculaire. Sept figures en hors-texte.

V.-J. Durand.

Étude des facteurs étiologiques des maladies d'Alzheimer et de Pick, par R. Pons Bartrân. (*Anales de medicina,* Barcelone, vol. 44, n° 3, septembre 1958, p. 355-368).

A propos de cas personnels (seize de maladie d'Alzheimer, six de maladie de Pick), l'auteur fait une révision complète de la littérature pour tout ce qui concerne : la fréquence des deux affections, l'âge moyen au commencement, la durée d'évolution, la répartition suivant le sexe, les rapports avec l'hérédité et la prédisposition, le rôle des influences exogènes, celui des influences géographiques. Pour les cas ici étudiés, on peut noter quelques faits intéressants : âge moyen au début de la maladie d'Alzheimer : 55 ans, 18 ; de la maladie de Pick : 51 ans, 7. Les cas de maladie de Pick sont entrés plus rapidement à l'hôpital. Pour les cas mortels, l'évolution a été en moyenne de 8,5 ans pour la maladie d'Alzheimer et de 3,8 ans pour celle de Pick. L'intervention de l'hérédité est discutable. Des facteurs exogènes ont été trouvés dans la moitié des cas examinés. Importante bibliographie.

V.-J. Durand.

Psychiatrie et cybernétique. Questions de principe, par F. Llavero. (*Actas luso españolas de neurologia y psiquiatria,* vol. 17, n° 1, janvier 1958, p. 47-69).

La cybernétique, dans son développement récent, a fait d'importants progrès. L'auteur, qui en rappelle les principes, indique les positions actuelles des diverses écoles. Il montre l'intérêt de certaines applications au domaine de la neurologie et de la psychiatrie, mais aussi la nécessité de ne pas dépasser une limite raisonnable et d'éviter des assimilations injustifiées. Il semble possible d'affirmer que la régulation et le contrôle central, ainsi que l'adaptation aux variations fréquentes et imprévues de tout rendement entraînent, comme conséquence obligée, la possibilité téléologique de variations constantes dans l'orientation synergique fonctionnelle de l'activité élémentaire du système nerveux, dans le but d'arriver à une fin capable de varier dans le temps et dans l'espace. La richesse de possibilités du cerveau humain et la dynamique de ses centres expliquent ce fait essentiel : l'homme est toujours le même, mais n'est jamais le même. Il est vain d'espérer construire une machine pensante et créatrice. Quatre figures.

V.-J. Durand.

Contribution à l'étude de la dissociation sémantique dans le langage schizophrénique. Note 4. La dissolution sémantique, par S. Piro (de Naples). (*Acta neurologica*, vol. 13, n° 5, septembre-octobre 1958, p. 509-517).

La dissolution sémantique est un trouble du langage schizophrénique, caractérisé par la perte complète du rapport entre symbole et signification, l'abolition de l'emploi linguistique du langage, l'exclusion des caractéristiques signiques de la parole. Plusieurs variétés de dissolution sémantique peuvent être observées dans la schizophrénie : les impulsions verbales ; les stéréotypies ; l'écholalie ; les cantilènes, les litanies verbigératoires et déclamatoires ; les glossomanies. Des exemples sont cités.

V.-J. Durand.

Contribution à l'étude de la dissociation sémantique dans le langage schizophrénique. Note 5. Caractéristiques générales du langage sémantiquement dissocié, par S. Piro (de Naples). (*Acta neurologica*, vol. 13, n° 5, septembre-octobre 1958, p. 518-525).

Quelques caractéristiques générales du langage sémantiquement dissocié des schizophrènes sont décrites ici : altérations de la conversation (conduite verbale), mutisme, monologues, distraction dans la conversation, réponses de travers, écholalie, impulsions verbales. Puis sont envisagées quelques altérations du style : style schizophrénique, style paranoïde, style « administratif ». En ce qui concerne le problème du degré de cohérence, l'auteur adopte comme définition de l'incohérence schizophrénique l'existence d'un trouble logico-sémantique complexe.

V.-J. Durand.

Contribution à l'étude de la dissociation sémantique dans le langage schizophrénique. Note 6. Résultats de l'application d'une méthode expérimentale, par S. Piro (de Naples). (*Acta neurologica*, vol. 13, n° 6, novembre-décembre 1958, p. 1-22).

L'auteur rapporte les résultats de ses recherches chez 40 sujets normaux et 50 schizophrènes, basées sur la présentation simultanée d'un symbole donné (en tout, dix symboles) et d'un groupe de ses correspondants possibles. L'épreuve permet de préciser les conditions de la dissociation sémantique chez les schizophrènes. On peut ainsi faire une distinction entre les divers types de ce trouble sémantique. Un essai est tenté d'interprétation neurologique de la signification et de l'adéquation sémantique.

V.-J. Durand.

Motivations psychologiques de la superstition et de tabou. Leurs relations avec la névrose obsessionnelle et les mécanismes schizoïdes, par Léon Grinberg. (*Acta neuropsiquiátrica argentina*, vol. 4, n° 3, juillet-septembre 1958, p. 291-302).

A partir du commencement de la lutte entre les intérêts rationnels et les tendances instinctives, la culture a été obligée d'imposer des restrictions aux impulsions les plus primitives de l'homme (libido, agressivité). De cette

façon, le tabou apparaît comme la première loi du totémisme. Celui-ci est le code le plus ancien de l'humanité. Quant au tabou, il restreint la satisfaction instinctive individuelle en faveur de l'obtention d'une plus grande sécurité collective. La conséquence la plus importante qui dérive des conflits instinctifs est l'angoisse. Pour diminuer et contrôler cette angoisse, l'homme peut utiliser, parmi d'autres mécanismes et techniques de régression, la magie et la croyance superstitieuse. Il est possible de décrire le fonctionnement de ces mécanismes magiques dans la vie psychique de l'enfant, chez lequel elles apparaissent de leur manière la plus expressive, pour protéger le jeune sujet de ses intenses anxiétés persécutives. Celles-ci, si elles n'étaient pas surmontées, pourraient constituer un point de fixation pour de graves troubles schizophréniques. L'auteur analyse le concept et les significations du tabou dans les civilisations primitives et dans les civilisations actuelles, en établissant des comparaisons avec les interdictions obsessionnelles. Puis, il envisage le processus de l'ambivalence, sous-jacent à toute croyance superstitieuse et le rattache à l'éternelle dichotomie ou bipolarité des sentiments exprimés dans de multiples paires antithétiques comme : vie-mort, santé-maladie, amour-haine. Ensuite, il fait l'étude de quelques symptômes de la névrose obsessionnelle avec ses contenus magiques et superstitieux. Enfin, il considère la genèse et les motivations inconscientes des superstitions liées aux événements essentiels de l'existence même, et analyse quelques-unes des superstitions les plus communes.

V.-J. Durand.

Typologie morphologique et variétés cliniques de la schizophrénie, Recherches factorielles sur 90 sujets de sexe féminin, par Ivan Nicoletti et Graziella Magherini (de Florence). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 47, fasc. 5, septembre-octobre 1958, p. 659-676).

Les relations entre la typologie morphologique et les syndromes schizophréniques ont été recherchées sur 90 malades internées dans les hôpitaux psychiatriques de Florence. Suivant une méthode d'analyse factorielle, les auteurs ont mis en évidence que la forme clinique paranoïde tend au type morphologique dans lequel prédominent les mesures horizontales, tandis que les syndromes hébéphrénique et hébéphréno-catatonique tendent vers le type morphologique à prédominance des mesures verticales. Les résultats obtenus ont permis d'avancer l'hypothèse de l'existence d'étroites concordances entre certains aspects psychopathologiques et les facteurs qui influencent la structure du corps. Les auteurs observent que la méthode d'analyse factorielle employée a les caractères d'une méthode générale, apte à des études sur la typologie morphologique et sur ses relations avec les syndromes pathologiques. Tableaux. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

L'oligophrénie phénylpyruvique, par Césare Caldonazzo (de Brescia). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 47, fasc. 5, septembre-octobre 1958, p. 629-647).

Après avoir situé l'oligophrénie phénylpyruvique parmi les encéphalopathies dysmétaboliques, l'auteur décrit de façon détaillée les perturbations biochimiques caractéristiques de la maladie, l'étiologie et la pathogénie. Il

accorde une attention particulière aux théories héréditaires. Puis sont passés systématiquement en revue les éléments relatifs à la fréquence, à l'aspect clinique, à l'anatomie pathologique, aux essais thérapeutiques habituellement inefficaces. En appendice, sont décrits divers procédés chimiques permettant l'exploration biologique de l'affection : recherche des aminoacides de l'urine avec chromatographie sur papier, détermination de l'acide phénylpyruvique et de l'acide phényllactique dans le sang (réaction de Jervis), détermination de l'acide phénylpyruvique et de l'acide phényllactique dans les urines (méthode de Polonovski), détermination de l'acide phénylpyruvique dans l'urine (technique de Folling).

V.-J. Durand.

Tentative d'interprétation des psychoses aiguës confusionnelles familiales, à propos de huit observations, par F. Barontini et A. Parrini (de Florence). (*Rassegna di studi psichiatrici,* vol. 47, fasc. 5, septembre-octobre 1958, p. 601-614).

En se basant sur huit observations doubles (seize cas) de syndrome confusionnel familial, les auteurs montrent la nécessité de prendre en considération la valeur à attribuer au facteur héréditaire. Grâce à l'analyse du matériel clinique et à l'étude de la littérature, en particulier des formes observées chez les jumeaux, grâce aussi aux connaissances récemment acquises à propos de l'étiopathogénie du délire aigu, il semble possible de considérer que les syndromes confusionnels aigus familiaux ne se présentent pas par hasard, mais qu'ils peuvent plutôt être attribués à une prédisposition héréditaire au sens biologique. Il est permis d'admettre, en psychiatrie, des prédispositions spéciales pour les divers groupes de processus morbides. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Le mérycisme chez les psychopathes, par Aldo Rabassini (de Trévise). (*Giornale medico della marca trevigiana,* 2e série, vol. 15, n° 5, extrait de huit pages).

L'auteur décrit six cas de mérycisme chez des malades mentaux adultes : deux schizophrènes, un paralytique général, deux épileptiques oligophrènes, un psychonévrotique. Il est possible de rattacher le symptôme à un mécanisme de régression ou de dissolution au sens de Jackson, avec retour à des automatismes inférieurs.

V.-J. Durand.

NEUROLOGIE

Etude synthétique de la physiologie du cervelet, par P. Passouant. (XXIIe réunion neurologique internationale, Paris, 2, 3, 4 juin 1958. *Revue neurologique,* t. 98, n° 6, juin 1958, p. 557).

Après un rappel historique et anatomique de la fonction cérébelleuse, l'auteur envisage l'organisation des systèmes afférents dont les informations périphériques correspondent à des afférences proprioceptives, cutanées, sen-

sorielles et végétatives ; d'autres proviennent de l'écorce cérébrale. Les voies de conduction, les localisations cérébelleuses précisées par des études physiologiques sont ensuite exposées.

La fonction du cervelet est essentiellement une fonction régulatrice dont l'aspect le mieux étudié concerne la régulation du tonus musculaire des mouvements. Le cervelet exerce aussi un contrôle sur les fonctions végétatives.

Par des stimulations et par des ablations localisées pratiquées sur l'animal, on a pu préciser les variations topographiques de l'activité fonctionnelle du cervelet, l'organisation somatotopique de son écorce et de ses noyaux.

Les efférences cérébelleuses aboutissent à certaines formations du tronc cérébral et secondairement au motoneurone spinal ou à l'écorce cérébrale, mais l'action du cervelet est dominante sur les noyaux vestibulaires et sur la formation réticulaire.

Les diverses réactions qui se produisent dans l'écorce cérébelleuse ont pu être mises en évidence par des données histologiques, par des données électro-physiologiques, par l'épilepsie cérébelleuse et par les effets de diverses drogues sur l'écorce cérébelleuse.

En résumé, le cervelet, placé en dérivation sur l'axe cérébro-médullaire, a une fonction de régulation. A l'inverse du cortex cérébral et de la moelle, il est dépourvu d'action propre, les effets produits par sa stimulation devant être attribués à la mise en jeu du système régulateur des formations extrapyramidales du tronc cérébral. L'ablation du cervelet n'entraîne aucune paralysie, ni modifications de la conscience. Le cerveau ne saurait être considéré comme un « ganglion proprioceptique et vestibulaire », mais comme un petit cerveau dont l'organisation repose sur la représentation somatotopique. Les recherches électro-physiologiques ont souligné la différence des écorces cérébrales et cérébelleuses, différence qui est aussi indiquée par l'épilepsie cérébelleuse. La régulation du cervelet sur le tonus musculaire et sur le mouvement permet d'exécuter de la façon la plus adéquate ce que le cerveau a commandé (neuf pages de bibliographie).

L. Marchand.

L'ataxie cérébelleuse aiguë solitaire et curable, par S. Thieffry, Mme Ch. Martin et M. Arthuis. (XXII[e] réunion neurologique internationale, Paris, 2, 3, 4 juin 1958. *Revue neurologique*, t. 98, n° 6, juin 1958, p. 669).

L'affection est primitive ; elle frappe les jeunes enfants avec un maximum de fréquence entre 2 et 5 ans. Le début se fait brusquement, habituellement sans fièvre. Elle commence toujours par des troubles de la marche. Très rapidement se trouve réalisée une ataxie cérébelleuse. La démarche est caractéristique. On note le tremblement intentionnel, la dysmétrie, l'hypermétrie, l'asynergie, l'adiadococinésie, une parole scandée, un nystagmus. Il s'y associe presque toujoure une hypotonie. Au total, il s'agit d'un syndrome cérébelleux plus ou moins riche. L'évolution de la maladie est favorable. La maladie dure quelques semaines à quelques mois. L'étiologie est inconnue. Cette affection mérite d'être élevée au rang d'une entité morbide particulière dans la pathologie des jeunes enfants.

L. Marchand.

Sclérose diffuse de type concentrique à évolution aiguë, par J. Mage, A. Kleyntjens, J. Brihaye et Ludo van Bogaert. (XXII[e] réunion neurologique internationale, Paris, 2, 3, 4 juin 1958. *Revue neurologique,* t. 98, n° 6, juin 1958, p. 723).

Les auteurs ne prétendent pas faire des « formes concentriques aiguës » de la sclérose en plaques un type particulier et autonome. Ils mettent toutefois en relief l'évolution brutale et pseudo-tumorale, la richesse du tableau mental, la tendance à une symptomatologie focale que tous ces cas ont en commun. Dans le cas rapporté, on est surpris du caractère concentrique ou rythmique de presque tous les foyers, de la tendance, dans les grandes plaques comme dans les plaques moyennes, à une nécrose spongieuse, de l'existence en dehors des plaques d'un œdème cérébral généralisé. (Cinq photos).

L. Marchand.

La sémiologie cérébelleuse et la sémiologie vestibulaire, par Miller-Guerra. (XXII[e] réunion neurologique internationale, Paris, 2, 3, 4 juin 1958. *Revue neurologique,* t. 98, n° 6, juin 1958, p. 699).

L'auteur, dans un ouvrage paru en 1954, avait déjà conclu que, malgré les associations cliniques fréquentes des manifestations cérébelleuses et vestibulaires, on pouvait faire la distinction entre les deux : le vertige, le nystagmus et le déséquilibre sont des symptômes vestibulaires tandis que l'incoordination et l'hypotonie musculaire sont des symptômes propres au cervelet. Afin de rendre plus évidents leurs caractères respectifs dans ce travail, ils sont synthétisés dans un tableau comprenant, d'un côté les symptômes cérébelleux, de l'autre côté le syndrome vestibulaire.

L. Marchand.

Contribution à l'étude des paralysies avec hyperkaliémie. — II. Les paralysies avec hyperkaliémie au cours de l'insuffisance rénale. — III. L'« adynamia épisodica héréditaire » de Gamstorp. — IV. Essai de synthèse générale, par P. Mollaret, M. Goulon et M. Tournilhac (*Revue neurologique,* t. 99, n° 2, août 1958, p. 241).

L'étude porte sur les paralysies avec hyperkaliémie au cours de glomérulonéphrites subaiguës et chroniques, au cours de la tuberculose rénale, au cours de l'insuffisance rénale secondaire à une atteinte des voies d'excrétion, au cours de l'évolution d'une maladie polykystique des reins, au cours d'une anurie post-transfusionnelle. Ces paralysies sont toujours survenues au cours d'une insuffisance rénale sévère avec réduction de la diurèse. L'hyperkaliémie a été constante. La régression totale et rapide des paralysies, l'absence de lésions du système nerveux permettent d'affirmer leur origine fonctionnelle. Par rapport à la fréquence de l'insuffisance rénale, elles sont rares ; leur origine métabolique apparaît certaine.

Sous le nom d' « adynamia episodica hereditaria », Gamstorp a décrit une affection héréditaire et familiale caractérisée par des paralysies récidivantes avec hyperkaliémie. Ces paralysies apparaissent très tôt dans l'existence. Elles sont de courte durée, d'une demi-heure à une heure. Leur pronostic est excellent.

Les paralysies avec hyperkaliémie rentrent dans le cadre des troubles neurologiques d'origine métabolique. Leur diagnostic ne peut être affirmé que par le dosage de la kaliémie. Leur traitement comprend la réduction aussi complète que possible de l'apport potassique exogène, la perfusion veineuse de sérum glucosé hypertonique. Les paralysies avec hyperkaliémie apparaissent comme un exemple privilégié des conséquences neurologiques inhérentes à un trouble ionique.

L. MARCHAND.

L'agnosie optique congénitale. Agnosie pour objets. Prosopagnosie. Apraxie d'habillement, par I. ALFANDARY. (*Revue neurologique*, t. 99, n° 27, août 1958, p. 283).

Exposé des troubles visuels chez une enfant née prématurément et âgée à présent de 7 ans, en observation depuis 3 ans. Elle reconnaît les couleurs. Elle voit les contours mais pas l'ensemble, le détail mais pas la totalité de l'image. Elle ne reconnaît les personnes qui lui sont les plus proches que par leur voix et la couleur de leurs habits. Elle présente aussi une difficulté dans l'habillement. Elle ne présente pas de troubles notables de l'intelligence. Malgré les difficultés de la vision, elle a appris à lire et à écrire sans aucun retard. Elle a présenté quelques crises épileptiques. Première menstruation précoce à 6 ans 1/2. Discussion de la place nosologique du syndrome, de la localisation d'une lésion occipito-temporale bilatérale. Indication de la méthode de rééducation et des résultats obtenus.

L. MARCHAND.

L'encéphalomyélite allergique expérimentale et son immunité chimique, par J. COLOVER. (*Proceedings of the royal society of medicine*, vol. 51, n° 9, septembre 1958, p. 745).

Après avoir fait l'historique des recherches concernant l'encéphalomyélite allergique expérimentale, l'auteur décrit les diverses substances capables de la produire, en particulier le produit appelé « collagen like substance ». Les résultats diffèrent suivant les animaux soumis aux expériences. Il fait un exposé de ses expériences avec un extrait acétonique de tubercule humain ; il donne sa composition chimique, les résultats obtenus avec la combinaison de cet extrait et des particules de système nerveux central. Des lésions microscopiques différentes peuvent être produites suivant les substances injectées. Les investigations pour obtenir l'immunisation contre de telles réactions démyélinisantes sont encore dans l'enfance.

L. MARCHAND.

Des maladies démyélinisantes : Présente situation, par C. E. LUMSDEN. (*Proceedings of the royal society of medicine*, vol. 51, septembre 1958, p. 752).

Les recherches expérimentales ont porté surtout sur le rôle d'un virus dans l'étiologie de la sclérose multiple. Les cultures de tissus nerveux humains prélevés dans des conditions aseptiques quelques heures après la

mort et faites par l'auteur dans des conditions écartant toute critique ont donné des résultats complètement négatifs. Il en a été de même dans la recherche des spirochètes qui auraient été trouvés par d'autres chercheurs et qui ne consistent qu'en artéfacts. On a aussi cherché à établir un rapport entre la sclérose multiple et l'encéphalomyélite post-infectieuse mais jusqu'alors on n'a pas encore fait le moindre progrès dans les laboratoires. A la suite d'investigations sur le cochon d'Inde, le singe, la chèvre, l'auteur n'admet pas que l'encéphalomyélite « allergique » soit une maladie spécifiquement démyélinisante. Les lésions sont primitivement vasculaires et les zones démyélinisées sont le résultat d'altérations confluentes de vaisseaux altérés. Les lésions ne reproduisent pas celles de la sclérose multiple. Nous ne pouvons actuellement résoudre le problème parce que nous ne connaissons pas assez la biologie de la myéline, dont le métabolisme se modifie lentement et constamment au cours de sa maturation de l'enfance à l'âge adulte et dont la structure est instable.

Discussion : J.-Olivier Périer. — Trois points doivent être considérés au sujet des maladies démyélinisantes : 1° les rapports de la myéline avec la formation des cellules satellites ; la myélinisation *in vitro* n'apparaît que quand les cellules de Schwann viennent en intime contact avec le cylindraxe ; 2° dans les cultures *in vitro*, on note qu'une démyélinisation avec le cylindraxe intact peut être suivie d'une remyélinisation ; 3° on a observe *in vitro* qu'après plus de six semaines de culture des fibres mortes restent encore myélinisées.

L. Marchand.

La chromatine sexuelle du neurone, par I. Bertrand et Cl. Girard. (*Revue neurologique*, t. 99, n° 2, août 1958, p. 264).

La chromatine sexuelle est un corpuscule basophile intranucléaire mesurant environ un micron de diamètre ; il est observé dans la majorité des cellules de la femelle, occupant diverses positions par rapport au nucléole. Les auteurs, d'après leurs constatations, envisagent pour le système nerveux deux modes de répartition de la chromatine sexuelle.

Neurones du type I. — Ils possèdent deux structures chromatiniennes principales : l'une, périnucléolaire, n'est pas influencée par le sexe ; l'autre, périphérique, constitue la chromatine sexuelle proprement dite. Rentrent dans ce type les petites cellules de la substance réticulée, les neurones de l'olive bulbaire, du noyau moteur dorsal du pneumo-gastrique, les cellules pyramidales du cortex, les cellules de Purkinje, les grains du cervelet, les neurones du noyau dentelé et de la couche moléculaire.

Neurones du type II. — Ils possèdent une chromatine sexuelle juxtanucléolaire, mais avec une fréquence moindre que celle du corpuscule périphérique. On observe une telle répartition dans les grands neurones moteurs, les cellules radiculaires de l'hypoglosse, les grandes pyramidales du cortex moteur.

La théorie de Casperson attribue à la chromatine nucléolaire un rôle essentiel dans la synthèse des protides ; la chromatine devrait donc participer à ces phénomènes cellulaires différents d'un sexe à l'autre ; elle inter-

viendrait dans le développement du neurone ainsi que dans les processus de chromatolyse, de dégénérescence et de régénération.

La fréquence chez la femme de certains syndromes neuro-psychiatriques tels que l'excitation maniaque, les délires hallucinatoires, la confusion mentale, etc... témoigne d'une plus grande fragilité du cerveau féminin vis-à-vis de toutes sortes d'agressions toxi-infectieuses. Il est permis de supposer que la chromatine sexuelle ne reste pas étrangère aux diverses perturbations biologiques (huit figures).

L. Marchand.

Alexie des aveugles et des voyants, par G. Simonyi. (Travail de la clinique de neurologie de l'Université de Budapest. *Ideggyógyászati Szemle, 11,* 65, 1958).

Deux cas d'alexie et un cas d'alexie de Braille. Dans tous les trois cas, il y avait des lésions vasculaires avec foyers dans le territoire de l'artère cérébrale moyenne. L'auteur a constaté, à l'aide des symptômes accessoires pariétaux et angulaires, que l'alexie « pure » n'est pas un résultat de la suppression de la fonction des territoires de l'artère cérébrale postérieure. La cécité amnestique pour couleurs ne serait pas primaire et de nature gnostique, ne serait qu'un des symptômes des troubles aphasiques en général. Dans l'alexie de Braille, le composant pariétal de l'alexie s'est manifesté par la perte du sens symbolique des signes de Braille. Le malade put décrire la situation des points dans l'espace pourtant sans reconnaître la lettre représentée par l'arrangement spécial respectif des points. Le manque de vue générale synthétique ressemble à l'alexie verbale. L'auteur accentue à propos de l'alexie de Braille l'importance de la migration des fonctions (Functionswandel), symptôme commun à toutes les formes de l'action de lire qui manquent de l'appareil percepteur optique. Cette façon de lire les signes de Braille exige la fonction coordonnée d'un plus grand nombre des territoires du cerveau. Le fait que la région sensorielle primaire y est celle de la main et non pas la région optique, n'aurait qu'une importance secondaire.

Jakab (Pécs).

Sur les sarcomes primaires du cerveau, par Mme K. Haberland. (Travail de la clinique de neurologie et de psychiatrie de l'Université de Debrecen. *Ideggyógyászati Szemle, 10,* 162, 1957). (Volume consacré à la mémoire du professeur K. Sántha).

L'auteur étudie les traits caractéristiques de dix cas de sarcome primaire du cerveau du point de vue clinique, pathologique et patho-histologique. Elle discute les problèmes histologiques du diagnostic différentiel et le rapport entre l'aspect histologique et le prognose.

Neuf sur les dix cas furent intracérébraux, un seul eut l'aspect d'une sarcomatose méningée avec un foyer intracérébral circonscrit. L'auteur encadre les sarcomes intracérébraux en deux groupes, selon l'origine et leur aspect histologique : fibrosarcome méningé et sarcome périvasculaire de l'adventice. Les fibrosarcomes méningés des hémisphères seront d'origine piale tandis que ceux du cervelet d'origine arachnoïdienne.

Jakab (Pécs).

Sur la maladie cystique des ganglions spinaux, par J. Balo. (Travail de l'Institut d'anatomie pathologique, n° 1 de l'Université de Budapest. *Ideggyógyászati Szemle, 10,* 142, 1957). (Volume consacré à la mémoire du professeur K. Sántha).

Etude d'un cas de neurofibromatose chez une femme âgée de 58 ans, qui avait dans tous les ganglions spinaux une formation des kystes. La destruction des ganglions fut accompagnée par la dégénération des cordes de Goll et de Bourdach dans la moelle. Sur les nerfs périphériques, on a trouvé un nombre s'élevant à plusieurs centaines de neurofibromes. L'auteur suppose que ces tumeurs ont causé la formation des kystes des ganglions spinaux par l'obstacle établi par leur existence même dans la circulation lymphatique des nerfs.

Jakab (Pécs).

L'aréflexie abdominale de caractère fonctionnel au cours des gastrites et des maladies ulcéreuses par Ch. A. Izakson. (*Revue de Neuropathologie et de psychiatrie,* Moscou, t. LVII, fasc. 8, p. 1146 à 1148).

On a noté chez un certain nombre de malades atteints d'affections gastriques et d'ulcères, à la période d'état de la maladie, une diminution des réflexes abdominaux. On a relevé par ailleurs une flaccidité de la paroi et une adipose importante. Il n'y avait pas de lésion neurologique en foyer. L'absence ou la diminution considérable des réflexes abdominaux présente un caractère passager et témoigne d'une inhibition corticale protectrice.

Une dose de caféine de 0,10 à 0,20 provoque la réapparition temporaire de ces réflexes. Parfois, ils sont apparus pour un temps très court, durant la solution de problèmes arithmétiques, ce qui témoigne de leur origine corticale.

Dans un groupe de contrôle de sujets sains présentant une absence de réflexes abdominaux et chez des malades atteints de sclérose disséminée du névraxe, ces réflexes n'apparaissaient pas, même après une double dose de caféine.

Ainsi, l'épreuve à la caféine permet de distinguer la nature organique de l'état des réflexes abdominaux de l'aréflexie fonctionnelle. La réapparition des réflexes abdominaux au cours du traitement confirme l'efficacité de la thérapeutique.

J. Chambon.

Anévrysme carotido-caverneux, post-traumatique évoluant depuis dix-sept ans sans exophtalmie, par J. Rétif, J. Brihaye, R. Potvliège, Jacqueline Flament et R. Hasaerts (de Bruxelles). (*Acta neurologica et psychiatrica belgica,* vol. 58, fasc. 9, septembre 1958, p. 810-815).

Il s'agit d'un cas de shunt carotido-caverneux post-traumatique qui, malgré une évolution de dix-sept ans et la participation des deux sinus caverneux, ne s'accompagne ni d'exophtalmie, ni de stase veineuse au fond d'œil. Sur les clichés angiographiques (en particulier en position de Hirtz), les veines ophtalmiques ne sont pas mises en évidence. Ce défaut de remplissage, probablement par anomalie anatomique, explique l'absence d'exophtalmie. La ligature de l'artère carotide primitive fit disparaître pendant trois mois seulement le souffle intracranien. Il y eut aussi régression partielle de l'hémiparésie spastique. Six figures.

V.-J. Durand.

Diagnostic et thérapeutique des névralgies faciales typiques mineures, par L. Gessini et G. Moricca (de Rome). (*Il lavoro neuropsichiatrico,* 12e année, vol. 23, fasc. 2, octobre 1958, p. 339-358).

Sous le nom de « névralgies faciales typiques mineures », on peut décrire les névralgies qui ont leur point de départ dans les nerfs facial, glosso-pharyngien et pneumo-gastrique. Elles peuvent être qualifiées de mineures, en comparaison avec les névralgies du trijumeau, non pas à cause de la gravité de la symptomatologie douloureuse, ni en ce qui concerne la complexité des problèmes étiopathogéniques, diagnostiques et thérapeutiques qu'elles comportent, mais uniquement à cause de la moindre fréquence de leur apparition. Les auteurs font une révision systématique des névralgies du nerf facial, du glosso-pharyngien, du pneumogastrique isolant, enfin, celles du laryngé supérieur. Pour chaque forme, ils indiquent les signes cliniques, l'évolution, les traitements proposés, médicaux et chirurgicaux. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

L'iodoventriculographie. I. Technique, indications, images normales, par R. Gonsette, A. Dereymaeker, H. Hon et G. Cornélis (de Louvain). (*Acta neurologica et psychiatrica belgica,* vol. 58, fasc. 9, septembre 1958, p. 778-796).

Après un rappel historique, les auteurs situent le problème actuel de l'iodoventriculographie, décrivant ensuite une méthode originale permettant une étude complète du transit lipiodolé ventriculaire du trou de Monro au trou de Magendie. Quelques points techniques doivent être respectés et sont décrits en détail. Les images radiologiques sont obtenues après introduction du produit opaque directement dans la corne frontale et au cours d'un mouvement de bascule vers l'arrière. Puis sont envisagés les incidents possibles en cours d'examen ou dans les heures qui suivent. La mortalité est de 1,5 %, ce qui correspond à celle des auteurs argentins. Les indications de la méthode sont précisées. Les repères radiologiques utilisés habituellement sont décrits, en particulier ceux destinés à mettre en évidence un déplacement de l'aqueduc, du plancher du IVe ventricule, de la région bulbaire et de la partie postérieure du IIIe ventricule. Il apparaît aux auteurs que la ventriculographie, si les indications sont bien posées et si la technique est rigoureuse, permet de poser un diagnostic exact dans 95 % au moins des cas de tumeurs de la fosse cérébrale postérieure. Huit figures. Importante bibliographie.

V.-J. Durand.

L'iodoventriculographie. II. Le diagnostic radiologique, par H. Hon, G. Cornélis, R. Gonsette et A. Dereymaeker (de Louvain). (*Acta neurologica et psychiatrica belgica,* vol. 58, fasc. 9, septembre 1958, p. 797-809).

Une description est faite des images radiographiques pathologiques rencontrées dans diverses lésions de la fosse cérébrale postérieure. Sont tout d'abord envisagés les repères radiologiques habituellement utilisés et les différents artéfacts dont il faut tenir compte dans l'interprétation des clichés. Un premier chapitre est consacré aux tumeurs du tronc cérébral : pédonculaires, protubérantielles, bulbaires, intraventriculaires (IVe ventricule). Puis sont considérées les tumeurs cérébelleuses intraparenchyma-

teuses hémisphériques et du vermis ; ensuite, les tumeurs extraparenchymateuses (neurinomes, méningiomes, cholestéatomes). Ce sont, enfin, les sténoses non tumorales, les arachnoïdites spontanées ou post-opératoires, en divers points de la fosse postérieure. A la fin de leur mémoire, les auteurs montrent l'intérêt de l'iodoventriculographie dans le diagnostic des lésions de la fosse cérébrale postérieure où, pour une mortalité très faible, la localisation exacte se trouve correctement précisée dans la presque totalité des cas. Vingt-cinq figures hors-texte.

V.-J. Durand.

L'angiographie vertébrale dans le diagnostic du neurinome de l'acoustique, par A. Fortuna, A. Riccio et P. Severini (de Rome). (*Il Lavoro neuropsichiatrico,* 12e année, vol. 23, fasc. 2, octobre 1958, p. 257-270).

Après une revue de la littérature, les auteurs décrivent les tableaux angiographiques de douze cas, contrôlés par l'opération, de neurinome de l'acoustique. Il apparaît que les éléments diagnostiques les plus importants sont, tout d'abord, le déplacement vers la ligne médiane de l'artère cérébelleuse supérieure ipsilatérale (onze cas), ensuite la déviation de l'artère basilaire vers le côté sain (huit cas), enfin une circulation pathologique bien évidente (deux cas). Les auteurs concluent en affirmant que l'angiographie vertébrale est utile et parfois nécessaire et que, d'autre part, elle est moins dangereuse que la pneumographie. Sept figures. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Influence du traumatisme sur le développement de tableaux cliniques à type de sclérose latérale amyotrophique, par Francesco Burruano (de Palerme). (*Rassegna di neuropsichiatria,* vol. 12, n° 6, 1958, p. 483-595).

Dans cet important mémoire, l'auteur passe en revue les observations qui apparaissent du plus grand intérêt, en ce qui concerne les rapports entre traumatisme et évolution de la sclérose latérale amyotrophique. Il insiste particulièrement sur les cas vérifiés par l'examen histologique. Evoquant les diverses théories proposées, il décrit ensuite sa statistique personnelle portant sur treize malades, chez lesquels peuvent se retrouver les éléments d'anamnèse et les caractéristiques cliniques exigées. Quelques commentaires sont faits sur les problèmes diagnostiques et médico-légaux correspondants. Riche bibliographie.

V.-J. Durand.

Valeur diagnostique de l'angiographie carotidienne dans les syndromes d'hypertension cranienne sans signes de localisation, par Charles M. Poser (de Kansas City). (*Acta neurologica et psychiatrica belgica,* vol. 58, fasc. 6, juin 1958, p. 436-445).

Six observations sont présentées dans lesquelles il fut permis de noter l'intérêt de l'angiographie carotidienne pour le diagnostic de syndrome d'hypertension intracranienne sans lignes de localisation. Il s'agissait respectivement : d'un gros hématome chronique sous-dural après un traumatisme minime ; de deux abcès dans la région frontale ; d'un méningiome venant de la paroi latérale du sinus caverneux droit ; d'un astrocytome kys-

tique frontal ; d'un gros astrocytome temporal ; d'un méningiome frontal. Dans tous les cas, l'angiographie fut indispensable au diagnostic. Quelques commentaires sont faits, rappelant les avis de divers auteurs. Neuf figures en hors-texte.

V.-J. Durand.

Commentaire sur la chirurgie des dyskinésies, par Hernando Corredor. (*Archivos de criminologia, neuropsiquiatria y disciplinas conexas,* Quito, vol. 5, n° 20, octobre-décembre 1957, p. 575-605).

L'auteur fait une importante révision de l'anatomie normale des noyaux gris centraux, puis du substratum anatomique des mouvements anormaux, enfin de la chirurgie des dyskinésies. Tout ceci est fait à propos de l'amélioration clinique observée chez un malade atteint de dystonie généralisée, chez lequel on a pratiqué, par voie stéréotaxique, des destructions successives du pallidum et de l'aire prérubrique. Il s'agissait d'un homme de 36 ans qui avait présenté dans l'enfance un tableau infectieux du type encéphalitique. Lors de l'examen, il y avait : hémiplégie gauche, mouvements choréo-athétosiques d'allure hémiballique du membre supérieur gauche, tremblement bilatéral des mains, modifications du tonus, troubles de la statique du tronc, mouvements de torsion du tronc, torticolis spasmodique vers le côté droit. L'évolution de ces signes datait de 25 ans. Il y avait destruction successive du pallidum, du noyau ventral antérieur thalamique et de l'aire prérubrique centrolatérale. Il faut signaler chez ce malade la présence simultanée des différents syndromes excito-moteurs et l'existence d'un tremblement de repos au niveau du membre supérieur du côté hémiplégique. A la suite des interventions chirurgicales, il fut donné de noter une modification substantielle de la statique du tronc : le malade qui était plié en avant, avec un tronc presque horizontal, put récupérer la position verticale. Ceci entraîna la normalisation de l'équilibre dans la station debout, la marche et la course. Il y eut, d'autre part, disparition des mouvements choréo-athétosiques et diminution importante des symptômes hémiballiques, d'où augmentation de la capacité fonctionnelle des membres supérieurs. Enfin, le changement d'attitude générale et la diminution prononcée des mouvements de torsion ont permis un accroissement de la résistance physique et la disparition complète de la fatigabilité extrême du malade. L'auteur montre l'intérêt, dans le cas présenté, d'une intervention, non seulement sur la voie pallidofuge, mais aussi au niveau de l'aire prérubrique. Cette région est une zone de confluence de l'anse lenticulaire, du faisceau lenticulaire, du faisceau prérubro-rubrique, des fibres prérubro-mésencéphaliques et rubro-thalamiques.

V.-J. Durand.

Études histopathologiques sur la moelle épinière, spécialement sur les cellules de la corne latérale chez des malades avec arachnoïdite spinale chronique subclinique, par Osamu Morimoto (de Kyoto). (*Folia psychiatrica et neurologica japonica,* vol. 12, n° 2, juillet 1958, p. 87-111).

Suivant les conceptions de Maekawa, les changements de l'arachnoïde spinale et de la moelle sont considérés comme un facteur important en pathologie. Chez des sujets atteints d'asthénie neuro-circulatoire, de névrose abdominale, d'ulcères gastro-duodénaux, d'angine de poitrine, de tachycardie paroxystique, d'hypertension essentielle ou après glomérulonéphrite chro-

nique, on peut retrouver une prolifération du tissu connectif sous-arachnoïdien à la face postérieure de la moelle. Ces modifications apparaissent au niveau des métamères correspondant aux organes atteints. Il y a infiltration de cellules rondes dans le tissu graisseux épidural. Les cellules des groupes apical et intrafuniculaire de la corne latérale montrent une chromatolyse centrale, un déplacement du noyau. Ceci se voit surtout dans l'asthénie neuro-circulatoire, la névrose abdominale, les ulcères gastro-duodénaux, l'angine de poitrine, les extrasystoles, l'hypertension. Les cellules du groupe préangulaire peuvent montrer des lésions régressives plus ou moins marquées. On peut trouver des altérations au niveau du ganglion spinal et du ganglion sympathique (dans l'asthénie neuro-circulatoire, les ulcères gastro-duodénaux, l'angine de poitrine, la tachycardie paroxystique et l'hypertension). Neuf figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

ENFANCE ET ADOLESCENCE

Influence des accouchements rapides sans douleurs sur l'état cérébral de l'enfant, par A. Goussis (de Corfou). (*Acta neurologica et psychiatrica belgica,* vol. 58, fasc. 7, juillet 1958, p. 512-520).

Les observations faites par l'auteur lui ont montré qu'il pouvait exister, chez les enfants nés par les méthodes d'accouchement médicalement dirigé, divers troubles psycho-moteurs, plus ou moins tardifs d'apparition (retard psycho-moteur, débilité, imbécillité, idiotie, épilepsie, etc.). Ces perturbations peuvent être isolées ou s'associer à des symptômes organiques et surtout neurologiques. Il est donc nécessaire de tenir compte, non seulement de l'évolution immédiate de l'enfant après un accouchement médicalement dirigé, mais aussi de l'avenir éloigné de cet enfant. L'auteur envisage particulièrement quelques observations d'enfants nés après injection de posthypophyse. Sur seize cas, il y a eu sept retards intellectuels, une démence de Heller (hérédité psychopathique très chargée cependant), quatre cas d'instabilité avec signes associés, un syndrome endocrinien gonadal, une encéphalite post-vaccinale, trois maladies de Little, cinq cas de convulsions, une paralysie radiculaire. Les indications de la posthypophyse en obstétrique doivent être limitées (inertie utérine, hémorragie de la délivrance). Il faut s'interdire d'aider un accouchement que rien n'empêche de se faire spontanément. L'accouchement naturel sans douleur, en application des conceptions pavloviennes, constitue l'exemple parfait d'une utilisation des lois de la nature dans un sens favorable. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Complications encéphaliques de l'épidémie de grippe. Contribution anatomo-clinique, par G. Macchi, S. Battaglia, G. C. Guazzi et T. Masini (de Parme et Milan). (*Giornale di psichiatria e di neuropatologia,* 1er trimestre 1958, fasc. 1, extrait de huit pages).

Un enfant de 5 ans, une semaine environ après la fin d'un épisode grippal typique, commence à présenter des mouvements cloniques au niveau des

muscles péribuccaux, puis des troubles de la déglutition et de la respiration avec fièvre élevée. L'état s'aggrave progressivement, aboutissant à la mort au bout de huit jours. L'autopsie montre, au niveau du tronc cérébral et du diencéphale, des infiltrats péri-vasculairee (soit avec manchons de mononucléaires à type lymphocytaire ou histiocytaire, soit avec accumulations d'éléments hématogènes et microgliaux), des infiltrats parenchymateux mixtes, des signes de neuronophagie intense avec altérations régressives cellulaires aiguës. Par contre, pas de démyélinisation. Au niveau des hémisphères, on note des infiltrats périvasculaires du centre ovale, de la démyélinisation et des infiltrats périveineux. Il est extrêmement difficile de dire si le processus encéphalitique représente ou non la première phase d'une véritable encéphalite périveineuse parainfectieuse. Cinq figures.

V.-J. Durand.

Le signe de Babinski chez l'enfant, par S. D. Roedenbeck. (*Revista de neuro-psiquiatria,* Lima, t. 21, n° 2, juin 1958, p. 1-184).

De grandes discussions se sont produites sur la validité du signe de Babinski chez l'enfant. L'auteur a fait une étude systématique explorant, par une technique rigoureuse, des enfants relativement tranquilles, ayant les muscles relâchés et en employant une excitation légère et superficielle. Il est nécessaire de noter la direction du déplacement du gros orteil, la façon dont il se produit, son rapport avec l'excitation et la persistance du même résultat à des explorations répétées. Sur 100 enfants prématurés, 14 avaient un Babinski ; 10 le présentaient sur 100 nouveau-nés normaux ; sur quarante jumeaux, le signe de Babinski a été trouvé deux fois (naissance par forceps) ; le même signe a été constaté chez le dernier-né d'un groupe de triplés ainsi que dans 3,30 % des cas chez 360 enfants de un à dix-huit mois. Pour cent petits malades ayant des lésions du système nerveux, il y eut 86 % de Babinski et 100 % en cas de syndrome pyramidal pur. L'auteur rappelle et discute les théories expliquant le Babinski chez l'enfant. Il pense qu'il n'y a jamais rapport entre signe de Babinski et âge, mais liaison avec le genre de maladie. Dans les encéphalopathies, le Babinski persiste; dans les processus infectieux, il se modifie avec l'évolution. Le signe de Babinski est un symptôme de grande importance à n'importe quel âge. Il faut faire intervenir dans son mécanisme, non seulement une atteinte d'un faisceau pyramidal, mais aussi d'autres structures nerveuses. 39 figures. Très importante bibliographie (275 références).

V.-J. Durand.

Hémisphérectomie dans un cas de maladie de Sturge-Weber, par J. Achslogh (de Bruxelles). (*Acta neurologica et psychiatrica belgica,* vol. 58, fasc. 10, octobre 1958, p. 837-847).

Après avoir rappelé les indications de l'hémisphérectomie dans l'hémiplégie infantile, l'auteur montre que la maladie de Sturge-Weber se traduit fréquemment par la triade : hémiplégie infantile, troubles caractériels et épilepsie. Cependant, la littérature ne rapporte qu'un cas de maladie de Sturge-Weber opéré (cas de Cairns). Dans le présent travail est rapportée en détail une observation typique avec calcification de tout un hémicortex.

L'hémisphérectomie fut faite à l'âge de 11 ans. Elle permit d'obtenir une réelle amélioration. L'hémiplégie s'est atténuée, l'épilepsie a disparu. Quant aux troubles caractériels, ils ont diminué. Il pourrait être indiqué de recourir à l'hémisphérectomie dans une affection particulièrement défavorable si elle est abandonnée à elle-même. Sept figures.

V.-J. Durand.

Réactions combinées mère-fils à la mort du chef de famille. Description de deux cas, par Aldo Rabassini et Leopoldo Rigo (de Trévise). (*Giornale medico della marca trevigiana,* 2e série, vol. 15, n° 6, extrait de 15 pages).

Deux cas sont décrits dans lesquels les réactions observées à la mort du père sont apparues chez deux garçons de 11 ans et 10 ans, comme sous la nette dépendance de la réaction anormale présentée par la mère. Dans les deux cas, en effet, la mère veuve montra une réaction pathologique au deuil. Il est possible, appliquant les conceptions freudiennes, d'analyser les mécanismes en cause, la dynamique des réactions de perte de l'objet. Leur connaissance a permis de donner des conseils dans le but de modifier favorablement la situation des deux enfants. Les mesures prises ont amené une certaine amélioration.

V.-J. Durand.

BIOLOGIE ET PHYSIOLOGIE

Drogues psychotomimétiques. Étude comparative de l'harmine, de la diethylamide de l'acide lysergique (L.S.D. 25) et de la mescaline, par Plutarco Naranjo (de Quito). (*Archivos de criminologia, neuropsiquiatria y disciplinas conexas,* Quito, vol. 6, n° 23, juillet-septembre 1958, p. 358-379).

Les effets produits chez l'homme et chez les animaux de laboratoire par l'harmine, alcaloïde de diverses espèces équatoriennes de Banisteria (Ayahuesca) sont comparés à ceux de la diéthylamide de l'acide lysergique et de la mescaline. On peut distinguer pour ces trois drogues : des effets centraux (psychiques et somatomoteurs), des effets neurovégétatifs (par action centrale ou périphérique), des effets dépendant des relations réciproques avec d'autres drogues. Pour les effets psychiques eux-mêmes, il faut séparer les phénomènes basiques primaires et les troubles de la personnalité. A doses équipotentielles pour déclencher des hallucinations, le diéthylamide de l'acide lysergique se montre capable de produire les changements psychiques les plus variés et les plus intenses. L'harmine est la moins active des trois drogues. La forme et le contenu des hallucinations varient, non seulement en relation avec les drogues, mais aussi avec des facteurs multiples : circonstanciels, de personnalité antérieure surtout. Un élément commun est la prédominance visuelle, la richesse des couleurs et des mouvements. Dans l'ensemble, les différences entre les modifications psychiques déterminées par les trois drogues sont plus d'ordre quantitatif que qualitatif. Cependant, certains effets sélectifs de chacun des produits peuvent permettre de qualifier le type de syndrome schizophrénoïde produit : hébéphrénique pour la L.S.D. 25, paranoïde pour l'harmine, catatonique pour la mescaline. Les

changements somatomoteurs sont de nature pyramidale et (surtout) extra-pyramidale. Ils sont plus intenses et variés avec l'harmine qu'avec la L.S.D. 25. La mescaline, à l'exception d'un tremblement général, produit plutôt de la dépression motrice. Les effets neuro-végétatifs sont en rapport avec l'action sur les noyaux centraux et sur les cellules effectrices périphériques. L'harmine et la L.S.D. 25 rappellent partiellement les effets pharmacodynamiques de la sérotonine, tandis que la mescaline se comporte comme une amine à faible action sympathomimétique. Pour certains effets, comme la mydriase, la salivation, la piloérection, les trois produits sont synergiques. Pour d'autres, comme les modifications de la tension artérielle, la mescaline est opposée aux deux autres. Face à d'autres drogues, la L.S.D. 25 et l'harmine se comportent comme des anti-sérotoniniques, la mescaline ne présentant pas une propriété semblable. Les trois produits potentialisent l'effet de substances existantes du système nerveux central, comme l'amphétamine. Utiles tableaux comparatifs. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Étude de l'interaction dans l'écorce d'influx thalamo-corticaux spécifiques et non spécifiques, par N. Stoupel (de Bruxelles). (*Acta neurologica et psychiatrica belgica,* vol. 58, fasc. 9, septembre 1958, p. 759-771).

L'étude de l'interaction, au niveau cortical, entre une volée d'influx thalamo-corticaux spécifiques (sensoriels) et une volée d'influx non spécifiques, issus d'un noyau thalamique ressortissant au système de projection diffuse, a été effectuée chez le chat dans diverses conditions expérimentales. Au cours de dix expériences reconnues valables, aucune interaction nette n'a pu être observée entre les deux réponses recueillies l'une et l'autre sur l'aire motrice et sur l'aire somato-sensitive. Par contre, une interaction avérée a été enregistrée dans sept expériences, caractérisées par le voltage important (spontanément ou après strychnisation locale) de la réponse conditionnante. L'effet de ce conditionnement réciproque s'est marqué par la réduction d'amplitude de réponse au stimulus d'épreuve. Dans une expérience exceptionnelle, le conditionnement de la réponse spécifique (sensorielle) par la précession d'une volée d'influx non spécifiques (issus du noyau ventral antérieur) a eu comme résultat de transformer complètement, dans les deux aires explorées, la configuration de la réponse sensorielle et de la rendre très semblable à la réponse à la volée conditionnante d'influx non spécifiques. Six figures. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

La culture des tumeurs cérébrales humaines. Premiers résultats personnels, par A. Dereymaeker, J.-M. Brucher, P. de Somer et R. Brasseur (de Louvain). (*Acta neurologica et psychiatrica belgica,* vol. 58, fasc. 9, septembre 1958, p. 772-777).

Les auteurs ont réussi à cultiver *in vitro* une trentaine de tumeurs cérébrales humaines de types divers. Il est possible de reconnaître les différentes formes cellulaires constituant l'élément prédominant de chaque tumeur. La transformation progressive d'un type cellulaire en un autre, plus ou moins différencié, permet de comprendre la morphogénèse des cellules tumorales.

Les nodules typiques du méningiome se sont montrés comme prenant naissance, dans la culture, à partir de cellules isolées. Ceci confirme la constatation faite en 1957 par Kersting et Lennartz. Les résultats encourageants des premiers essais de culture cellulaire permettent d'espérer de nombreuses possibilités théoriques et pratiques. Il sera permis de préciser la classification des tumeurs cérébrales et de mieux établir leur pronostic. De plus, par l'étude de la physiologie des cellules tumorales et de l'action de différents produits sur le métabolisme cellulaire, peut-être parviendra-t-on à traiter les tumeurs cérébrales par une chimiothérapie appropriée. Neuf figures en hors-texte.

V.-J. Durand.

PSYCHANALYSE

A propos d'un cas d'hypertension artérielle, par M. Fain. (*Revue française de psychanalyse,* XXI, n° 4, juillet-août 1957).

Le matériel fourni par un simple examen clinique montre l'intégration des accidents psychosomatiques (hypertension, ultérieurement glaucome) dans l'évolution d'une structure caractérielle particulière. Le mode relationnel est celui, caractéristique, du pseudo-contact, et des difficultés extrêmes d'identification. La vie de la malade dans un univers clos ne dépassant pas les murs de sa chambre à l'intérieur de laquelle elle déploie son activité, la filtration des relations avec ce qui se trouve à l'extérieur rappelle le processus hallucinatoire permettant au nouveau-né de réinvestir le milieu utérin. L'installation du glaucome est secondaire au refoulement de la relation sado-masochique avec le mari. Des hypothèses relatives aux relations des fonctions somatiques aux niveaux de régression sont avancées.

P. Lab.

De quelques problèmes dans l'homosexualité masculine active, par S. A. Shentoub. (*Revue française de psychanalyse,* XXI, n° 5, septembre-octobre 1957).

L'exposé d'une cure d'homosexuel en termes de relations dont l'auteur montre l'évolution, passant d'une homosexualité active relativement bien supportée assortie d'une pseudo-hétéro-sexualité à une mise à jour des tendances homosexuelles passives et des difficultés hétéro-sexuelles réellement objectales. Pratiquement à la condition expresse d'envisager la modification des relations pathogènes du malade plus que la suppression du symptôme, l'indication paraît légitime, malgré les écueils théoriques (énergie investie dans les acting-out) et certaines difficultés techniques. Cette observation permet de discuter certains points théoriques, en particulier le rôle du père dans les relations précoces moins étudié habituellement que celui de la mère. La relation d'objet paraît à l'auteur différente de celle de la névrose obsessionnelle. Les difficultés techniques et les risques psychotiques sont évalués.

P. Lab.

Schizophrénie pseudo-névrotique et schizophrénie pseudo-caractérielle, par F. Soccaras. (*Revue française de psychanalyse*, XXI, n° 5, septembre-octobre 1957).

Les préoccupations des auteurs du début du siècle à propos des formes marginales de la schizophrénie les ont amenés à la définition de types cliniques tels que schizophrénie latente, héboïdophrénie, schizoïdie, expression caractérielle de la schizophrénie mineure. Par ailleurs, Claude et ses élèves avec les schizonévroses, Hoel et ses collaborateurs avec la schizophrénie pseudonévrotique ont insisté respectivement sur l'évolutivité, et le polymorphisme des schizophrénies à forme névrotique. Après une étude critique de ces concepts, l'auteur présente une classification des types cliniques de schizophrénie pseudo-caractérielle (différents des types pseudo-névrotiques par l'aspect mineur du potentiel d'angoisse) et nous parle successivement des pseudo-caractères phobiques, hypocondriaques, obsessionnels, hystériques, cycliques, paranoïaques et pervers.

P. Lab.

Principes et réalisation en matière d'hygiène et de prophylaxie mentales, par H. Duchêne. (*Revue française de psychanalyse*, XXI, n° 5, septembre-octobre 1957).

L'examen conjugué des nécessités théoriques et des réalisations britanniques en matière d'hygiène mentale, compte tenu des difficultés d'intégration administrative dans les structures françaises très différentes, permet à l'auteur, dans un article très documenté, d'esquisser un plan d'action réaliste qui intéressera beaucoup ceux qui, faisant fi des querelles d'écoles, sont préoccupés par le plein emploi rationnel des techniques psychiatriques en face de la demande grandissante.

P. Lab.

La névrose sexuelle des Danaïdes, par D. Kouretas. (*Revue française de psychanalyse*, XXI, n° 5, septembre-octobre 1957).

P. Lab.

Le rôle de la maladie somatique dans la vie psychologique des enfants, par Anna Freud (trad. A. et M. Green). (*Revue française de psychanalyse*, XXI, n° 5, septembre-octobre 1957).

La grande expérience de l'auteur en matière d'enfants lui permet, à travers la synthèse des travaux concernant la maladie et l'hospitalisation, de définir clairement la multiplicité des facteurs en cause, qui ne se réduisent en aucun cas à la séparation de la mère. Les conclusions pratiques qu'on peut en tirer sont en faveur de l'examen individuel de chaque cas contre les mesures d'ordre général en montrant par exemple qu'il n'est pas besoin d'une hospitalisation, ni d'une maladie grave, pour réaliser un traumatisme important qui dépend de la manière dont l'enfant, avec sa structure propre, vit la maladie, et de l'attitude qui est prise envers lui. Sont étudiés successivement : les effets du nursing (changement de climat affectif, restriction de mouvement), de l'intervention, les phénomènes concernant l'expérienc

de la douleur et de l'angoisse, les modifications de la répartition de la libido, l'image, la maîtrise et la dépendance du corps propre.

P. Lab.

Les obsessions chez l'enfant, par S. Lebovici et R. Diatkine. (*Revue française de psychanalyse*, XXI, n° 5, septembre-octobre 1957).

Les manifestations d'ordre obsessionnel chez l'enfant se présentent des faits courants de la pratique psychiatrique infantile. Il s'en faut cependant qu'elles aient en elles-mêmes une valeur diagnostique ou pronostique définie. On doit même se poser constamment la question de leur valeur symptomatique, à savoir que, paradoxalement, c'est parfois l'absence de telles manifestations à un certain stade de l'évolution qui pourrait être considéré comme un symptôme. En effet, l'étude des obsessions est indissociable de l'âge de l'enfant, de la structuration de son moi, de ses rapports avec son entourage. Et c'est ainsi qu'à travers l'étude des obsessions aux différents stades de leur évolution, de leur signification, on peut apprécier leur valeur : mécanismes structurants, probablement nécessaires, ébauche d'état névrotique, défense contre une évolution psychotique, prélude à une organisation psychopathique ou perverse. C'est dire que la conduite à tenir n'est pas univoque et dépend étroitement de la fonction de ces manifestations : respect de certaines, assouplissement de celles qui sont une entrave à une évolution normale, parfois même alliance thérapeutique avec ce qui représente un moindre mal.

P. Lab.

Psychanalyse d'une névrose obsessionnelle chez un enfant de 11 ans, par D. Kalmanson. (*Revue française de psychanalyse*, XXI, n° 5, septembre-octobre 1957).

L'observation de cet enfant avec compulsion de lavage, idée obsédante d'avoir avalé un os en mangeant, phobie du contact et idées d'empoisonnement illustre bien l'article précédent ; le traitement de cet état morbide en voie de structuration névrotique ou peut-être psychotique est soldé par une meilleure adaptation et une disparition des symptômes. La verbalisation exceptionnelle pour un enfant en fait un exemple très démonstratif.

P. Lab.

Un cas de psychothérapie psychanalytique instituée pour des tics, par Y. Roumajon. (*Revue française de psychanalyse*, XXI, n° 5, septembre-octobre 1957).

Il s'agit de tics phonatoires représentant l'évolution catastrophique d'autres tics et perturbant définitivement la scolarité, qui laissait présager un avenir brillant. L'analyse, cantonnée exclusivement sur le terrain de l'œdipe, permit une réadaptation scolaire satisfaisante, en rapport avec les aptitudes du malade.

P. Lab.

Notes sur les premières relations objectales et sur leurs conséquences à l'âge adulte, par F. Lechat. (*Revue française de psychanalyse*, XXI, n° 5, septembre-octobre 1957).

Richement documenté sur le plan théorique, émaillé d'observations illustrant le texte, cet article constitue une mise au point des notions actuelles sur des sujets très controversés : élaboration des relations objectales, perturbations et conséquences à l'âge adulte. En appendice, la question de la formation du surmoi et la confrontation de l'opinion de Freud et de celle de l'école kleinienne.

P. Lab.

La relation d'objet allergique, par P. Marty. (*Revue française de psychanalyse*, XXII, n° 1, janvier-février 1958).

Pour P. Marty, les individus atteints d'accidents dits « allergiques », et principalement les asthmatiques et les eczémateux, ont une relation d'objet caractéristique au même titre que les hystériques ou les obsédés. Elle est définie par une tentative constante d'identification à l'objet, variable, et à la saisie duquel succède un temps d'aménagement projectif et introjectif. Chaque objet n'est abandonné qu'au profit du suivant, selon le même schéma. La régression se produit lorsqu'apparaît une qualité de l'objet inassimilable ou lorsqu'il y a incompatibilité entre deux objets. Cette régression ne s'arrêtera, sur la voie de la dépersonnalisation, que par l'investissement d'un nouvel objet ou la survenue d'un accident somatique. Le diagnostic se fait sur le désir d'identification immédiat. Sauf chez les migraineux, la différence avec la structure obsessionnelle est facile. Par contre, l'hystérie est plus malaisément éliminée. Le pronostic, en dehors du symptôme somatique, est fonction de l'éventail plus ou moins large ; on peut se faire le choix des objets, et des niveaux plus ou moins nombreux sur lesquels peut s'établir la relation. Les psychothérapies brèves, servant de relais critique, sont très rentables, et l'analyse classique, sans transformer le mode de relation, permet, en le dégageant des superstructures névrotiques, une plus grande souplesse des mécanismes et un évitement des phases critiques.

P. Lab.

Notes sur l'évolution du traitement des schizophrènes par la psychothérapie analytique, par Frieda Fromm-Reichmann. (*Revue française de psychanalyse*, XXII, n° 1, janvier-février 1958).

Traduction d'un article déjà ancien (1948), mais capital pour ceux qui s'intéressent aux psychothérapies des psychoses, où le sujet est introduit par un bref historique montrant comment, après avoir pris conscience du sens des productions schizophréniques, puis des possibilités de relation avec les schizophrènes, les analystes en étaient venus à tenter des psychothérapies de la schizophrénie.

Les premières expériences visaient dans une première étape à établir un contact avec le patient par une attitude très féminine. Mais c'est ici que l'auteur distingue l'enfant rejeté à qui l'on s'adressait ainsi et l'adulte évolué qui était le schizophrène avant sa maladie et qu'il faut aussi prendre

en considération, c'est-à-dire qu'il est nécessaire de comprendre et respecter les éléments qui s'y rapportent. A la « communication » par le contenu succède maintenant l' « interprétation » véritable de ce même contenu. Il ne s'agit donc pas d'entrer avec le schizophrène dans son monde, ni de l'ignorer, mais de poser un principe de coexistence dont il faudra élaborer les relations. La thérapeutique active doit commencer dès que possible. L'association libre est rarement utilisée. L'abord du matériel onirique est discutable. Le principal obstacle est la position du thérapeute, dont la souplesse doit être assez grande pour s'adresser à la fois « à l'adulte » et « à l'enfant », et dont l'assurance doit supporter l'hostilité et l' « espionnage » du malade. L'ambition thérapeutique est la dernière, et non la moindre, des causes d'échec.

Ce numéro renferme en outre : 1° les observations (Gilbert-Dreyfus et Held) qui ont servi de base à un colloque entre somaticiens et analystes : *A propos des obésités.* 2° *Les chaises de van Gogh* (Harold P. Blum). 3° *La victimologie,* par B. Mendelsohn.

P. Lab.

THÉRAPEUTIQUE

Manifestations morbides au niveau du système nerveux à la suite des thérapeutiques chimiothérapiques et antibiotiques modernes, par E Cicognani (d'Imola). (*Rassegna di studi psichiatrici,* vol. 47, fasc. 5, septembre-octobre 1958, p. 565-579).

Les antibiotiques et les divers médicaments chimiques anti-infectieux peuvent déterminer des complications nerveuses. Le mécanisme de celles-ci est très varié. Il peut s'agir, suivant les cas, de neurotoxicité, d'hypersensibilité ou d'intolérance, d'allergie (au sens strict), de carence vitaminique, de lyse microbienne, de surinfection. De toute façon, la prudence est nécessaire dans la prescription d'une chimiothérapie ou d'un traitement antibiotique. Importante bibliographie.

V.-J. Durand.

Sur l'usage de l'iproniazide seule et associée à la réserpine en psychiatrie par G. Sacerdoti et M. Fagioli (de Venise). (*Rassegna di studi psichiatrici,* vol. 47, fasc. 5, septembre-octobre 1958, p. 553-564).

Après quelques considérations méthodologiques sur l'évaluation des effets des médicaments en psychiatrie et un exposé des motifs d'intérêt d'un essai de l'iproniazide dans la schizophrénie, les auteurs rapportent les résultats de l'administration de ce produit seul ou associé à la réserpine. L'expérimentation clinique fut facile chez 32 malades chroniques avec hypothymie notable et ralentissement psychomoteur. Il a été possible d'observer des effets appréciables psychiques et généraux (surtout sur la tension artérielle) uniquement avec l'association iproniazide-réserpine. En comparant l'activité thérapeutique des substances employées séparément, on ne semble pas pouvoir parler de sommation simple, car il y a d'importantes différences quantitatives et qualitatives. Quelques hypothèses sont possibles sur les

modalités d'interférence entre iproniazide et réserpine, mais aucune n'est pleinement satisfaisante.

V.-J. Durand.

Le « R. 1625 » : nouvelle thérapeutique symptomatique de l'agitation psychomotrice, par P. Divry, J. Bobon et J. Collard (de Liége). (*Acta neurologica et psychiatrica belgica,* vol. 58, fasc. 10, octobre 1958, p. 875-888).

Le « R. 1625 », 4'-fluoro-4-[4'-(4''-chloro-phényl)-4'-hydroxy]-pipéridino-buticophénone est un nouveau médicament possédant, entre autres, une action calmante sur l'agitation psychomotrice, en injection intraveineuse. C'est un sédatif puissant, aux doses de 2 à 5 mg., bien toléré, pour une durée de trois à cinq heures en moyenne. Il agit après un temps de latence de cinq à quinze minutes. Aux doses employées, il est, chez l'agité, plus sédatif qu'hypnotique. Chez le non-agité, il a des propriétés hypnotiques modérées. Le « R. 1625 » apparaît comme un potentialisateur des drogues de base dans la cure de sommeil. Il a des propriétés hypotensives n'entraînant pas de troubles subjectifs. Des essais d'administration orale et continus sont en cours, laissant augurer l'extension du champ d'application du produit.

V.-J. Durand.

A propos des propriétés pharmacodynamiques de la raumitorine, par J. La Barre. (*Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique,* 6e série, t. 23, n° 9, 1958, p. 663-680).

L'auteur a étudié systématiquement les caractères chimiques et physiques de la raumitorine, alcaloïde extrait de l'écorce de *Rauwolfia vomitoria.* L'alcaloïde se montre dénué d'action stimulante sur la sécrétion et la motilité gastriques. Contrairement à la réserpine, la raumitorine est dépourvue de propriétés ulcérigènes gastriques. Chez le chat et chez le chien chloralosés, elle est douée de puissantes propriétés hypotensives. Fait particulièrement intéressant, le corps présente une forte action tranquillisante sur le système nerveux central, retrouvé chez le rat et chez le chien. La raumitorine possède une toxicité plus faible que la réserpine (dose mortelle D.L. 100 = 28 mg./kg. cobaye au lieu de 15 mg./kg. cobaye pour réserpine). Sept figures.

V.-J. Durand.

L'usage des sels de succinylcholine dans la thérapeutique électroconvulsivante, par Benedetto Orsi et Giancarlo Volpi (de Milan). (*Nevrasse,* vol. 7, n° 2, 1957, p. 195-203).

Se basant sur une série de plus de 3.600 traitements électro-convulsivants réalisés sous anesthésie aux curarisants à action rapide (sels de succinylcholine), les auteurs concluent à l'innocuité et à l'utilité de la méthode. Les indications des traitements électro-convulsivants peuvent être élargies. Peut-être, d'autre part, y a-t-il une synergie entre les deux techniques, ce que peut justifier l'action acétylcholinomimétique possédée par les sels de succinylcholine et par l'électro-choc.

V.-J. Durand.

Modes d'action et indications de la psychothéraphie, par Medard Boss (de Zurich). (*Medicina psicosomatica,* vol. 3, n° 1, janvier-mars 1958, p. 3-17).

La psychothérapie n'appartient pas au seul psychiatre. Elle a toujours fait partie intégrante de toute intervention médicale. Que le médecin s'en rende compte ou non, elle semble bien jouer un rôle capital, même dans le traitement médicamenteux des affections somatiques courantes. Son importance s'étend à toute la médecine. Cependant, ni les sciences naturelles (reposant sur une physique matérialiste), ni les conceptions psycho-dynamiques de la psychologie moderne ne font comprendre son mode d'action. L'insuffisance de ces essais de compréhension apparaît nettement dans les troubles dits « psycho-somatiques ». Pour obtenir une meilleure compréhension, il faut se borner, tout d'abord, à observer des cas concrets ; les malades se révèlent alors comme un ensemble essentiellement spirituel. Tous les aspects somatiques comme tous les phénomènes psychiques de ces malades se montrent en tant que phénomènes partiels d'une relation au monde. L'être humain (sain ou malade) est essentiellement constitué par ces possibilités de relation. Pour ne pas tomber malade, l'homme doit accepter consciemment ces possibilités comme les siennes propres et se les intégrer. A cette seule condition, il peut en disposer librement. Les indications de la psychothérapie dérivent de ces conceptions. Des exemples sont rapportés.

V.-J. Durand.

Au sujet des schizophrénies dites familiales, par A. G. Ambroumova. (*Revue de neuropathologie et de psychiatrie,* Moscou, t. LVII, fasc. 9, p. 1101 à 1105).

L'analyse porte sur les données catamnestiques de 1.000 schizophrènes de la clinique psychiatrique de Korsakoff. On y a relevé un nombre considérable de cas de « schizophrénie familiale » (111 cas).

On a établi dans ce groupe une ressemblance relativement fréquente entre les membres de la même famille en ce qui concerne l'âge auquel apparaît l'affection, le syndrome prédominant au début de la maladie, son évolution et son issue.

Les données recueillies font supposer que certaines particularités de la maladie auraient un rapport déterminé avec le facteur héréditaire.

J. Chambon.

Analyse d'une affection neuro-psychiatrique post-traumatique, par V.-K. Beletskii. (*Revue de neurologie et de psychiatrie,* Moscou, t. LVII, fasc. 10, p. 1195 à 1205).

Analyse anatomo-clinique d'une affection ayant évolué durant trente ans sous le diagnostic de schizophrénie et dont l'origine serait un kyste post-traumatique du lobe temporal. Ce ralentissement général, d'allure schizophrénique, aurait été conditionné par la prédominance du processus d'inhibition neuronale, lui-même lié aux modifications artérielles et à la déshydratation.

J. Chambon.

Caractère particulier des états psychotiques au cours de l'intoxication alcoolique, par Y. E. Rakhalski. (*Revue de neuropathologie et de psychiatrie,* Moscou, t. LVII, fasc. 10, p. 1229 à 1234).

La plupart des psychiatres considèrent que l'ivresse pathologique ne dure que quelques heures. L'auteur rapporte six cas où, sous l'influence de l'alcool, sont apparus des états psychotiques durant de un à deux jours. Il s'agissait en général de jeunes gens, dont aucun ne présentait d'alcoolisme chronique. Les états psychotiques apparaissaient quelques jours après l'ingestion d'alcool. Ce tableau rappelait la forme motrice avec agitation de l'ivresse pathologique et s'en distinguait cependant par une atteinte moins profonde de la conscience (désorientation moins nette, amnésie incomplète).

On a aussi rencontré des manifestations catatoniques, ce qui avait conduit à porter le diagnostic d'excitation catatonique chez quatre sujets. Comme dans l'ivresse pathologique simple, l'apparition d'épisodes psychotiques semble avoir été favorisée par la fatigue, les états somatiques, les lésions latentes du système nerveux.

Mais un état d'ivresse pathologique prolongé peut aussi survenir en quelques jours d'ingestion alcoolique chez des sujets jusqu'alors en bonne santé.

J. Chambon.

Valeur diagnostique du réflexe conditionné au cours du traitement des alcooliques chroniques par I. M. Cheyman. (*Revue de neuropathologie et de psychiatrie,* Moscou, t. LVII, fasc. 10, p. 1235 à 1241).

On a étudié chez 70 alcooliques les réactions vaso-motrices à l'excitation par l'alcool à distance. La vue, le bruit et l'odeur de l'alcool versé provoquaient chez eux une réaction émotionnelle dont le caractère dépendait de la gravité de l'état d'alcoolisme chronique.

Dans les cas cliniques légers, il y avait vaso-constriction ; dans des cas plus graves, vaso-dilatation ; enfin, chez des malades dont la dégradation alcoolique était manifeste, les réactions vaso-motrices hésitaient.

Chez tous les malades examinés, les réactions vasculaires étaient persistantes alors que, pour le groupe de contrôle des sujets sains, les réactions vasculaires à l'alcool disparaissaient au cours de l'épreuve. Tous ces faits confirment le caractère de réflexe conditionné des réactions chez les alcooliques chroniques et leur caractère simplement approximatif chez les sujets sains.

Au cours du traitement, les réactions vaso-dilatatrices et indéterminées alternaient avec les réactions vaso-constrictives ; ces dernières se montraient très stables et se modifiaient difficilement. Vers la fin de la cure, la réaction vaso-constrictive a complètement disparu chez certains malades qui étaient sortis de l'hôpital avec un pronostic favorable.

Dans la clinique de l'alcoolisme chronique, cette méthode a été employée comme test.

J. Chambon.

Les psychoses bromiques, par G. Vzounoff, S. Bjinov M. Iotson et Iv. Gueorgiev. (*Revue de neurologie et de psychiatrie,* Moscou, t. LVII, fasc. 11, p. 1373 à 1382).

Les psychoses bromiques peuvent être divisées, d'après leur forme, en trois groupes : 1) formes avec troubles de la coordination et confusion mentale sans production psychopathologique (bromisme ordinaire) ; 2) formes où prédomine la confusion mentale avec onirisme ; 3) formes d'allure paranoïde.

Ces auteurs rapportent six cas de psychose bromique, dont trois se rapportent à une intoxication familiale par le brome (dans une famille de médecin). Ces malades ont employé cinq mois durant du bromure de sodium au lieu de sel de cuisine.

Le médecin lui-même meurt dans un état de syndrome de confusion mentale avec onirisme de forme grave aboutissant au coma. Sa femme guérit après un syndrome confusionnel grave avec excitation psycho-motrice et abondante production hallucinatoire. Leur fils présente une psychose d'allure schizophrénique, de type paranoïde.

On a noté une leucocytose avec ou sans autres modifications de la formule sanguine. On a constaté parallèlement une dissociation albumino-cytologique dans le liquide céphalo-rachidien et toute une série de symptômes neurologiques tels que : troubles de la coordination, troubles pupillaires, ptosis, dysarthrie importante. Dans un cas, on a noté des signaux pyramidaux disparaissant quand survenait l'amélioration. Les formes avec confusion mentale et onirisme se caractérisent par la note sensorielle et désagréable des hallucinations et leur teinte noire. Quelquefois même, on note un dédoublement de l'image hallucinatoire ; on a aussi souvent remarqué la participation de l'appareil vestibulaire aux hallucinations.

A l'examen histologique, on n'a pas relevé de modification pathologique dans le système nerveux central du sujet décédé.

J. Chambon.

Pathogénie de l'excitation au cours de l'insulinothérapie et son traitement, par B. A. Tselibeev. (*Revue de neurologie et de psychiatrie,* Moscou, t. LVII, fasc. 12, p. 1503 à 1508).

L'associaton d'amimazine (largactil) à l'insuline pour lutter contre l'excitation au cours de l'insulinothérapie a amené de graves complications. L'auteur prend comme point de départ les travaux de E. A. Popov sur le mécanisme de la crise épileptique en ce qui concerne le rôle de l'alcalose, de l'anoxie, du spasme vasculaire et de l'hydratation du cerveau dans l'évolution des hyperkinésies et des crises dans la convulsivothérapie et dans l'insulinothérapie.

En se basant sur ces faits, l'auteur essaye d'expliquer la pathogénie et de trouver des techniques pour éviter l'excitation « hypoglycémique ». L'alcalinisation et l'hydratation accélèrent et augmentent l'excitation, le coma insulinique commence plus tôt et devient plus profond, la fréquence des crises convulsives s'accroît. L'hydratation permet de réduire les doses d'insuline pour obtenir le coma, elle a même permis d'obtenir le coma chez des malades insulino-résistants. La déshydratation de l'organisme ou l'adjonction de préparations vaso-dilatatrices prévient ou diminue l'excitation, en même temps qu'elle empêche l'apparition du coma.

Pour faire sortir le malade d'un coma prolongé, on lui fait inhaler du nitrite d'amyl. Ce malade reçoit, en même temps que l'injection d'insuline, 0,03 g. de papavérine et 0,05 g. de gardénal, qui préviennent et affaiblissent l'excitation sans avoir d'action notable sur l'apparition du coma.

J. Chambon.

Traitement des affections du système nerveux périphérique par le cobalt radioactif (CO^{60}), par A. E. Khaliavine et E. A. Karapetiane. (*Revue de neurologie et de psychiatrie*, Moscou, t. LVII, fasc. 10, p. 1264 à 1268).

L'observation porte sur 100 malades atteints d'affections inflammatoires chroniques du système nerveux. Les localisations inflammatoires des troncs nerveux périphériques ont été soumises une fois par semaine, et quatre fois au total, pour la cure à l'irradiation de CO_{60} à l'aide de l'appareil de contact construit par V. A. Petrov, à la dose de 50 à 100 r. par séance.

Ces résultats obtenus sont : guérisons 45 % des cas, améliorations 47 %, inchangés 8 %. Après un recul de deux à quatre ans, on peut maintenant constater 86,2 % de guérisons et 13,8 % d'améliorations.

J. Chambon.

Un nouvel anticonvulsivant dans le traitement de l'épilepsie : le « chloracon », par E. S. Remesova et E. A. Kantina. (*Revue de neuropathologie et de psychiatrie*, Moscou, t. LVIII, fasc. 2, p. 171 à 176).

Par sa composition chimique, le « chloracon » correspond à la préparation dont la description est faite dans la littérature américaine, sous le nom de « chibicon ».

Ce chloracon s'est montré un anticonvulsivant efficace, peu toxique et ne provoquant pas d'effets secondaires. Il est bien supporté. Lorsque les malades ont déjà été traités par le gardénal ou par des mélanges à base de gardénal, la substitution doit être progressive et on doit toujours conserver le gardénal en association ; ceci est indispensable pour prévenir l'état de mal.

J. Chambon.

Traitement des affections neurologiques par l'himalyne, par P. V. Demidova. (*Revue de neurologie et de psychiatrie*, Moscou, t. LVIII, fasc. 2, p. 200 et 201).

L'himalyne est une sorte d'alcaloïde extrait de la « Scopolie d'Himalaya » à l'Institut des plantes pharmacologiques de l'Union Soviétique. L'himalyne apparaît comme un remède efficace dans une série d'affections neurologiques s'accompagnant d'hypertonie musculaire. Elle est surtout indiquée dans les affections avec rigidité extra-pyramidale. Elle s'administre sous forme d'une solution soufrée à 1 ‰ par voie interne, en commençant par 5 à 10 gouttes une fois par jour et en augmentant graduellement jusqu'à 20 à 30 gouttes deux fois par jour.

Des phénomènes secondaires légers, tels que la sécheresse de la bouche, peuvent être observés, mais ils disparaissent rapidement en diminuant les doses.

J. Chambon.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La séance ordinaire du mois d'avril aura lieu le lundi 27 avril 1959, à 15 heures 30 précises, au siège de la Société, 12, rue de Seine, Paris (VI[e] arrondissement).

La séance clinique aura lieu le lundi 11 mai 1959, à l'amphithéâtre Magnan de l'hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, Paris (XIV[e] arrondissement), à 10 heures.

La séance ordinaire du mois de mai aura lieu le lundi 25 mai 1959, à 15 heures 30 précises, au siège de la Société, 12, rue de Seine, Paris (VI[e] arrondissement).

Nécrologie

Nous avons le regret d'apprendre le décès du D[r] Barbé, ancien président et membre titulaire de la Société médico-psychologique ; de Mlle le D[r] Ganidel, membre correspondant national de la Société médico-psychologique.

HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

Nominations

M. le D[r] Biéder, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Lesvellec (Morbihan), est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique autonome de Bailleul, en remplacement de Mme le D[r] Bouquerel, appelée à d'autres fonctions.

M. le D[r] Carrer, chargé à titre intérimaire des fonctions de médecin-chef à l'hôpital psychiatrique privé faisant fonction d'établissement public de Plouguernevel (Côtes-du-Nord), est nommé à ce même poste à titre définitif.

M. le D[r] Muldworf (Bernard) est nommé, à titre intérimaire, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Sarreguemines.

Mme le D[r] Boittelle (Claudine), médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Clermont (Oise), est mise à la disposition du préfet de la Seine en vue d'être affectée à l'un des hôpitaux psychiatriques de son département.

M. le Dr Borenstein, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Sotteville-lès-Rouen (Seine-Maritime), est mis à la disposition du préfet de la Seine, en vue d'être affecté à l'un des hôpitaux psychiatriques de son département.

M. le Dr Florentin est mis d'office à la disposition du délégué général du Gouvernement en Algérie, en vue d'exercer les fonctions de médecin-chef dans un hôpital psychiatrique d'Algérie.

Mlle le Dr Baré est mise à la disposition des préfets de la Haute-Vienne et de la Creuse, en vue d'exercer les fonctions de psychiatre départemental de ces deux départements.

Par arrêté du 2 mars 1959, est rapporté l'arrêté du 29 décembre 1958 mettant d'office M. le Dr Dell à la disposition du gouvernement général de l'Algérie, en vue d'assurer les fonctions de médecin-chef dans un hôpital psychiatrique d'Algérie.

Par arrêté du 2 mars 1959, est rapporté l'arrêté du 29 décembre 1958 mettant d'office M. le Dr Lalillse à la disposition du gouvernement général de l'Algérie, en vue d'assurer les fonctions de médecin-chef dans un hôpital psychiatrique d'Algérie en remplacement de Mlle Micucci, appelée à d'autres fonctions.

(*J.O.* du 17 mars 1959).

Par arrêté du 10 mars 1959, est rapporté l'arrêté du 26 novembre 1958, mettant d'office le Dr Ben Soussan à la disposition du gouvernement général de l'Algérie en vue d'assurer les fonctions de médecin-chef dans un hôpital psychiatrique d'Algérie.

Par arrêté du 9 mars 1959, M. le Dr Poitrot, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Ber-Rechid (Maroc) est maintenu sur sa demande en position de disponibilité pour convenances personnelles, pour une durée d'un an, à compter du 1er décembre 1958.

Par arrêté du 17 mars 1959, M. le Dr Fernandez (Adolpho) est réintégré dans le cadre général des médecins des hôpitaux psychiatriques à compter du 1er avril 1959, à partir de cette même date, en position de disponibilité, pour une durée de trois ans, pour études et recherches présentant un intérêt général.

(*J.O.* du 4 avril 1959).

Vacances de postes

Sont envisagées les vacances d'un poste de médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Sotteville-lès-Rouen (Seine-Maritime), et d'un poste de médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Clermont (Oise).

(*J.O.* du 13 mars 1959).

Un poste de médecin-chef est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique de Brienne (Aube).

La vacance d'un poste de médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Sarreguemines (Moselle) est envisagée.

(*J.O.* du 28 mars 1959).

Un poste de médecin-chef est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique privé faisant fonctions d'établissement public de Lommelet (Nord).

(*J.O.* du 10 avril 1959).

Les candidatures devront être adressées dans un délai de trois semaines à compter de la publication des présents avis au ministère de la santé publique et de la population, direction de l'administration générale, du personnel et du budget, 7, rue de Tilsitt, Paris, 17e.

Vacances de postes d'internes

Plusieurs postes d'internes en médecine, à l'hôpital psychiatrique de Lesvellec, près Vannes (Morbihan), sont actuellement vacants. Ces postes sont accessibles aux étudiants en médecine titulaires de seize inscriptions validées et aux docteurs en médecine désirant se spécialiser. Traitement annuel de début : 519.200, auquel s'ajoutent les avantages en nature habituels et des facilités pour la poursuite des études. S'adresser à M. le directeur de l'hôpital.

Concours pour le recrutement de médecins du cadre général des hôpitaux psychiatriques

Un concours aura lieu le 28 mai 1959, au ministère de la santé, pour le recrutement de 30 médecins du cadre général des hôpitaux psychiatriques (20 pour la métropole et 10 pour les départements d'outre-mer et d'Algérie).

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au ministère de la santé publique et de la population (direction de l'administration générale du personnel et du budget, 4e bureau), 7, rue de Tilsitt, Paris (17e), où les demandes d'inscription et les dossiers devront être déposés jusqu'au 28 avril 1959, délai de rigueur.

(*J.O.* du 28 mars 1959).

Concours pour le recrutement d'internes en médecine de la région sanitaire de Rouen

Un concours régional est ouvert pour le recrutement d'internes en médecine des hôpitaux psychiatriques publics de la région sanitaire de Rouen.

Sont mises au concours les places suivantes : hôpital psychiatrique de Sotteville-lès-Rouen (6 postes) ; hôpital psychiatrique de Pontorson (2 postes) ; hôpital psychiatrique d'Evreux-Navarre (5 postes) ; hôpital psychiatrique départemental d'Alençon (4 postes).

Les épreuves commenceront à 9 heures, le jeudi 21 mai 1959, à l'hôpital psychiatrique départemental de la Seine-Maritime, à Sotteville-lès-Rouen.

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront adresser une demande à l'inspecteur divisionnaire de la santé, 54, bd des Belges, à Rouen, avant le 30 avril 1959, et justifier de la nationalité française et de 16 inscriptions trimestrielles validées.

Concours de l'internat de médecine des hôpitaux psychiatriques de la Seine

Un concours s'est ouvert le 3 mars 1958 pour le choix de vingt-cinq internes titulaires des hôpitaux psychiatriques de la Seine.

Le jury était composé de M. le professeur David, neuro-chirurgien des hôpitaux psychiatriques de la Seine ; M. le Dr Martimor, médecin-chef au

centre psychiatrique Sainte-Anne ; M. le Dr Paul Abély, médecin-chef au centre psychiatrique Sainte-Anne ; M. le Dr Boittelle, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Villejuif ; M. le Dr Carrère, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Perray-Vaucluse ; M. le Dr Baruk, médecin-chef à la maison nationale d'assistance de Saint-Maurice ; M. le Dr Cornet, médecin des hôpitaux de Paris (hospice Debrousse).

Questions écrites

Questions de pathologie externe

Sortie : Signes, diagnostic et traitement curatif et prophylactique des angines diphtériques sans les complications.

Restées dans l'urne : Les staphylococcémies et néphrites aiguës.

Questions de pathologie interne

Sortie : Signes, diagnostic et complications des kystes de l'ovaire (sans le traitement).

Restées dans l'urne : Invagination intestinale aiguë. Traumatisme du genou.

Question d'anatomie

Sortie : Corps striés, anatomie et physiologie.

Restées dans l'urne : Noyaux bulbo-protubérantiels. Aire motrice et psychomotrice du lobe frontal.

Questions orales

1er *jour :* Etat syncopal.

2e *jour :* Une crise douloureuse de la fosse iliaque droite.

3e *jour :* Une rétention aiguë d'urine.

Ont été reçus après les épreuves orales et par ordre de nomination :

Internes titulaires : Mlle Deprez, M. Horassius, Mlle Le Laennec, MM. Cornut, Haag, Schaub, Bertherat, Séguier, Alliot, Charbaut, Huchon, Mlle Champion, MM. Carrot, Auber, Arnulf, Chateau, Mme Clausset, Mlle Hazan, MM. Bornstein, Israël, Mme Cophignon, M. Chapelet, Mme van Steenbrugghe, Mme Barroux, MM. Breton, Caroff.

Internes provisoires : MM. Wilkin, Kummer, Mme Séguier, MM. Gellman, Vinyes, Mme Fournier, Mlle Touly, M. Ochonisky, Mlle Jaquelin, MM. Ferrière, Flambard, Mlle Guinard, M. Malzieu, Mlle Néoussiklin, MM. Nicaise, Paul, Darondel, Gault, Thériat, Oliévensztein, Laran, Roussel, Le François, Mlle Navatel.

Directeur-gérant : Olivier Garand.

Masson et Cie Editeurs, Paris

Dépôt légal : 1959 (2e trimestre). — Numéro d'ordre : 3.163

Cahors, Imp. A. Coueslant (*personnel intéressé*). — 93.992. — 1959

Printed in France